

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

24 10267

24 10267 10267 10267 10267 10267

24 10267 10267 10267 10267 10267

24 10267 10267 10267 10267 10267

24 10267 10267 10267 10267 10267

24 10267

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Sapétrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D<sup>r</sup> ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME DIX-HUITIÈME

SOIXANTE ET UNIÈME ANNÉE

---

90132

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—  
1903

WILLIAMS

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON

WILLIAMS & SON



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



---

## Chronique

---

### Les aliénés en liberté.

Dans ses merveilleuses *Lettres philosophiques sur les Anglais*, Voltaire raconte quelque part, avec son esprit et sa verve habituels, la longue entrevue qu'il eut avec un quaker. Après avoir longuement discuté avec son pieux interlocuteur, voyant qu'aucune de ses objections n'avait prise sur lui : « Je me gardai bien de lui rien « contester, s'écrie-t-il de guerre lasse ; il n'y a rien à « gagner avec un enthousiaste : il ne faut pas s'aviser « de dire à un homme les défauts de sa maîtresse, ni à « un plaideur le faible de sa cause, ni des raisons à « un illuminé ; ainsi je passai à d'autres questions. »

Ces conseils si sages, plus souvent applicables qu'on ne croit, je les avais complètement oubliés lorsque j'écrivis ma dernière chronique. Non pas que je compare M. Marie à un illuminé : une pareille épithète serait injuste et déplacée ; mais, certes, il n'y a rien de désobligeant à s'entendre traiter d'enthousiaste.

Quoi qu'il en soit, pour ne pas m'être souvenu à

temps des judicieux conseils de Voltaire, et, aussi, paraît-il, à cause de la vivacité de ma réponse, je me vois infliger une nouvelle lettre que je ne puis m'empêcher de publier puisqu'il est fait appel à ma loyauté.

Voici cette lettre :

Villejuif, 12 mai 1903.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Votre nouvelle chronique montre que j'ai peut-être touché plus juste que vous ne pensez. Sa vivacité m'oblige à une dernière réponse que je ferai aussi courte que possible, puisque vous me reprochez par deux fois la longueur de la première.

Je repousse la comparaison avec le pompier (1) auquel vous m'assimilez. Je n'ai fait, à propos du danger des aliénés non surveillés, qu'opposer un programme au vôtre et réclamer des statistiques méthodiques plus complètes que des coupures de journaux.

Je persiste à dénier en principe, et toute personnalité mise à part, la possibilité d'une statistique scientifique avec la seule base des faits divers quotidiens.

Il y a mieux à faire et cette base unique de recherches ne me paraît pas défendable.

D'autre part, je ne méprise ni ne dédaigne aucun travail et ne suis pas tellement intransigeant, puisque je demande une enquête complète, sans mettre en doute la probité scientifique de personne. Vos coupures sont un commencement d'information appelant d'autres contrôles pour qu'on ait droit d'en tirer conclusion définitive.

Quant aux brocards personnels introduits par « procédés insolites » au débat, je crois qu'en toute équité on ne saurait oublier vos épithètes initiales sur les « enthousiastes juvéniles dépourvus d'expérience et de raison, et les néo-réformateurs à programme pompeux et idyllique ». Vous m'octroyez encore celles d'« apôtre hypnotisé, ignorant l'art de farder, faisant fi des nuances fines et délicates et des ménagements appli-

---

(1) Pardon, j'ai écrit : « commandant de pompiers ». — A. R.

« cables à l'adversaire » ; je n'ai donc été ménagé ni avant ni après, et j'ai usé simplement, comme présentement, du droit de réponse en termes que je laisse aux lecteurs le soin d'apprécier.

Confiant dans votre loyauté pour faire paraître ce dernier écho d'un débat où nous ne sommes peut être pas tellement adversaires qu'il peut paraître, je vous prie d'agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, la nouvelle expression de mes sentiments les plus distingués et confraternels.

D<sup>r</sup> A. MARIE.

Cette lettre ne contenant aucun argument nouveau contre la thèse que je soutiens, je ne crois pas devoir rentrer dans le fond du débat que je considère comme clos. Mais malgré mon désir de ne plus prendre la parole, je dois à mes lecteurs, je me dois à moi-même, de rectifier certaines assertions de mon correspondant et de rétablir les textes cités, tels qu'ils sont réellement.

En commençant, M. Marie affirme que « ma nouvelle chronique montre qu'il a peut-être touché plus juste que je ne pense ». C'est là une affirmation sans preuve ; à moins qu'il ne faille en trouver une dans le premier mot de la phrase suivante, et, dans ce cas, c'est par la *vivacité* de ma réponse que notre collègue jugerait de la supériorité, incontestée pour lui, de son attaque. Mais alors, pour avoir raison à ses yeux, il faudrait prendre un air grave, raide et gourmé, l'air pontife en un mot. Et à ce compte, Pascal et Voltaire, le premier en ses *Lettres provinciales*, le second en ses nombreux écrits polémiques, avaient d'autant plus tort qu'ils mettaient au service de leurs idées plus de verve, d'esprit, de vivacité. A qui fera-t-on croire cela ?

Donc M. Marie triomphe ; mais il ne me semble pas absolument sûr de sa victoire, la preuve en est ce *peut-être* introduit dans sa phrase à dessein et qui marque bien qu'il existe quelque doute dans son esprit. Pour

moi, je ne saurais me considérer comme un vaincu si j'en crois les témoignages de sympathique approbation que m'ont donnés de nombreux collègues dont j'estime fort le caractère et qui par le savoir, le talent, les services rendus, honorent dignement notre spécialité.

Notre collègue de Villejuif prétend, vers la fin de sa lettre, qu'en m'envoyant sa première épître, il a usé simplement du droit de réponse. Je lui en demande bien pardon ; mais ce droit de réponse, il ne l'a pas invoqué et il sait bien qu'il ne pouvait l'invoquer, puisqu'il n'était ni nommé, ni même désigné dans ma chronique de janvier 1903, à moins toutefois qu'il ne considère comme une attaque personnelle tout article sur les aliénés en liberté ou toute critique de l'*Open-door*. A vrai dire, si j'ai inséré sa lettre, c'est par pure courtoisie ; mais en l'insérant, c'est moi qui acquérais le droit de réponse, et j'en ai usé, comme de raison.

Il est de stricte équité, dans toute discussion, lorsqu'on cite son adversaire, de le citer avec la plus scrupuleuse exactitude. M. Marie me semble avoir fait bon marché de cette règle dans la mosaïque de citations qu'il a fabriquée pour les besoins de sa cause ; il est facile de s'en rendre compte en examinant les phrases et bouts de phrases, qu'il reproduit entre guillemets dans sa lettre.

Ainsi je n'ai nullement parlé de « procédés insolites », au pluriel ; mais je me suis plaint d'un certain procédé quelque peu insolite... (*Ann.*, numéro de mai, p. 363, ligne 2). Maintenant si M. Marie trouve qu'il y en a en plusieurs, je ne le contrarierai pas et je lui en donnerai acte volontiers. — Ce qui est plus grave, c'est le reproche que me fait mon contradicteur de l'avoir classé parmi les « enthousiastes *dépourvus* d'expérience et de raison ». Si je m'étais exprimé en ces termes peu courtois et d'un goût douteux, il aurait quelque droit de se plaindre, en admettant, bien entendu, qu'il fût

question de lui personnellement ; mais je le défie bien de trouver ce membre de phrase dans mon article. Voici ce qui semble se rapprocher, mais d'assez loin, de ce que M. Marie a mis entre guillemets, comme venant de moi. A la page 8 de ma première chronique (ligne 22), je parle du pompeux programme de certains partisans de l'*Open-door*, programme « où l'enthousiasme juvénile tient plus de place que l'expérience et la raison ». Inutile, j'imagine, d'être grand clerc en fait de nuances de la langue française, pour constater la différence profonde existant entre les deux membres de phrases.

Pour faire pendre un homme, le fameux Laubardemont ne demandait qu'une ligne de son écriture. M. Marie fait mieux. Afin de me convaincre de lèse-confraternité, il arrange des lambeaux de phrases avec des mots empruntés au hasard dans une page. En effet, j'ai en vain cherché dans mes articles sans l'y trouver, le passage suivant : « Les néo-réformateurs à programme pompeux et idyllique ». A force de patience j'ai fini par découvrir qu'il était composé de mots empruntés aux lignes 5, 9 et 13, en allant de bas en haut, de la page 8 de ma chronique de janvier dernier. C'est donc bien une mosaïque ; mais quelle singulière façon de citer un auteur !

Quant à mon paragraphe sur la psychologie de l'apôtre, il est superflu de démontrer qu'il a beaucoup perdu en passant par la plume de mon correspondant. Ce qui en est cité le réduit, en effet, à peu de chose ; mais je n'insiste pas.

Si M. Marie publie sa nouvelle lettre autre part que dans les *Annales*, comme il a fait pour la première, il voudra bien, je l'espère, — et sans qu'il soit besoin de faire appel à sa loyauté, — remplacer ses citations passablement fantaisistes par des citations exactes.

Notre collègue termine par des paroles de paix : « Nous ne sommes peut-être pas, dit-il, aussi adversaires qu'il peut paraître. » Je veux bien. Mais, en ce cas, je me demande où est la nécessité d'avoir soulevé une pareille discussion. Car enfin, ou bien M. Marie partage ma manière de voir, et alors pourquoi cet acharnement contre ce que je dis et ce que je fais ? ou bien, comme il l'affirme, je suis de son avis, et alors pourquoi partir en guerre contre moi ? Je termine sur ce dilemme ; en lui me semble assez bien se résumer ce trop long débat.

Et maintenant, comme dit Voltaire, passons à d'autres questions.

ANT. RITTI.

---

---

# Pathologie.

---

DES

## HALLUCINATIONS ANTAGONISTES UNILATÉRALES ET ALTERNANTES

Par le Dr J. SÉGLAS

Médecin de l'hospice de Bicêtre.

---

Nous nous sommes occupés dans un précédent article de l'étude des hallucinations unilatérales (1).

A cette étude se rattache par certains points celle des hallucinations décrites, surtout dans le domaine de l'audition, sous le nom d'hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté (Magnan) (2).

Par exemple, un halluciné de l'ouïe entend des voix qui l'insultent, le menacent et d'autres qui le consolent, l'encouragent. Et ces voix, bonnes ou mauvaises, lui semblent parler chacune d'un côté différent, les bonnes du côté de l'oreille droite, les mauvaises du côté de l'oreille gauche.

Il y a donc dans ces hallucinations deux particularités à relever, relatives à leur contenu ou à leur localisation extérieure.

Pour le contenu, on voit que ces hallucinations rentrent dans la classe des hallucinations dites *antago-*

---

(1) J. Séglas. *Ann. méd.-psych.*, mai à décembre 1902.

(2) Magnan. *Archiv. de neurologie*, 1883.

nistes et ne présentent à cet égard rien de bien spécial.

Pour la localisation, elles diffèrent des hallucinations bilatérales ordinaires, qui, de même sens ou de sens antagoniste, voix bonnes ou voix mauvaises, sont entendues chacune pour leur compte, simultanément par les deux oreilles. Au même point de vue, elles diffèrent aussi des hallucinations dites unilatérales ordinaires, qui, bonnes ou mauvaises, devraient n'intéresser toujours que le même côté de l'organe sensoriel périphérique.

Toutefois, il est à remarquer, dans l'espèce, que chacune de ces hallucinations antagonistes *prise isolément* se présente sous la forme clinique de l'hallucination unilatérale ordinaire; si bien que, considéré dans son ensemble, le phénomène se présente comme un ensemble d'hallucinations *antagonistes unilatérales alternantes*.

Partant de la théorie anatomique qui assigne à l'hallucination comme siège organique les centres sensoriels corticaux, on considère que, dans les hallucinations de contenu différent, chaque groupe est sous la dépendance évidente de l'un des hémisphères. Il y aurait là à la fois une conséquence et une preuve du dédoublement, de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux (Magnan, Dumontpallier, Bérillon) (1).

Cette conclusion me paraît bien grave, et je ne puis que partager l'opinion de M. Klippel, lorsqu'il écrit à ce propos :

« Si la non-équivalence des deux hémisphères apparaît comme appuyée sur des faits certains, il n'en est pas de même de leur indépendance dans ses rapports avec le dédoublement de la pensée, le dualisme psychique. Sans doute il serait séduisant de pouvoir expli-

---

(1) Magnan. *Loc. cit.* et *Leçons sur le délire chronique*. — Dumontpallier. *Union médicale*, 15 et 19 mai 1883. — Bérillon. *La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux*, 1884.



quer, par l'activité dissociée des deux hémisphères, le délire avec conscience, les idées contradictoires, le doublement de la personnalité.

« Mais on sent combien, en s'engageant dans cette voie, on entre vite dans le domaine de la fantaisie. A l'heure actuelle, le dualisme pathologique des opérations les plus élevées de l'esprit, en restant une voie ouverte aux recherches, n'est point encore établi scientifiquement (1). »

A côté de cette critique d'ordre général, il en est d'autres qui peuvent s'adresser plus particulièrement à l'application de cette théorie au phénomène en question.

On a pensé démontrer « de la façon la plus absolue et la plus indiscutable » l'indépendance des hémisphères cérébraux en pareil cas, en provoquant des hallucinations différentes de chaque côté chez des hystériques en état d'hypnotisme (2).

« Après avoir placé la malade en état de somnambulisme, on lui dit à l'oreille droite qu'il fait beau et que le soleil brille pendant qu'une autre personne lui dit à l'oreille gauche qu'il pleut. Du côté droit, le sujet sourit, tandis qu'à gauche, l'abaissement de la commissure traduit le désagrément que cause le mauvais temps. »

La portée de cette expérience nous paraît des plus discutables. Elle ne nous renseigne en rien sur les conditions psycho-physiologiques intimes d'un phénomène qu'elle se borne simplement à enregistrer dans ses manifestations objectives tout à fait élémentaires. Des études récentes sur l'état mental des hystériques, sur les somnambulismes, nous ont montré à combien d'erreurs cette manière de procéder un peu simpliste pou-

---

(1) Klippel. La non équivalence des deux hémisphères cérébraux, in *Presse médicale*, 1898, n° 9.

(2) Dumontpallier. *Loc. cit.*,

vait exposer l'expérimentateur. Sans sortir du domaine des hallucinations, c'est comme si l'on concluait d'emblée, à propos d'une hallucination visuelle unilatérale ou négative suggérée, que le malade ne voit réellement que d'un côté ou ne voit pas du tout l'objet en question. Or, des expériences de contrôle nous ont montré cependant que, dans ces cas, il n'y avait pas en réalité perte de la vision unilatérale ou bilatérale de l'objet, mais seulement perte de la vision *consciente*.

D'ailleurs, d'autres expériences sur ce point particulier sont nettement contradictoires.

« Sans préjuger, dit M. P. Janet, de la théorie en elle-même, je crois qu'il faut renoncer à employer ces faits particuliers comme moyen de démonstration. Les hallucinations simultanées et de nature différente sont faciles à reproduire pour les sens qui sont répandus sur une assez large surface et qui peuvent fournir au sujet plusieurs points de repère simultanés. Il n'est pas nécessaire pour les obtenir de tenir compte de la division bilatérale du corps ou du cerveau, et on peut facilement répéter toutes ces expériences sur un même côté du corps. Sur mon ordre, Marie a simultanément la sensation de chaleur au pouce de la main droite et de froid au petit doigt de la même main; elle voit du même côté et par le même œil un tableau gai à côté d'un tableau triste. En un mot, je suis disposé à croire que les différents points du corps et les différents objets ont servi simplement de points de repère dans ces hallucinations bilatérales (1). »

Pour juger un symptôme quelconque à sa valeur exacte, on ne doit pas se borner à le considérer sous une de ses faces en particulier, ni à l'état isolé, indé-

---

(1) Pierre Janet. *L'Automatisme psychologique*, 1889, p: 153 et 414.

pendamment d'autres symptômes qui peuvent lui faire cortège. Cette règle que l'on observe toujours lorsqu'il s'agit d'un symptôme physique, s'applique tout aussi bien à un symptôme mental.

A maintes reprises, et encore dans notre dernier article sur l'hallucination unilatérale, nous avons insisté sur la nécessité de ne pas considérer uniquement dans l'étude de l'hallucination le rôle des centres corticaux, quelle que soit d'ailleurs son importance, mais d'analyser les conditions multiples du phénomène en lui-même et les autres phénomènes psychologiques concomitants ou antérieurs.

Si nous procédons ainsi pour les hallucinations antagonistes dites bilatérales et de caractère opposé, nous pourrions noter certains détails assez importants.

L'étude des observations nous montre que, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'hallucinations auditives, et que, de plus, ces hallucinations auditives sont de caractère *verbal*.

Il faut donc admettre pour la production de ces *voix*, bonnes ou mauvaises, l'intervention de la fonction langage.

Or, celle-ci est unilatérale et dévolue à l'hémisphère gauche. Comment est-il possible, dans l'hypothèse que nous citons plus haut, qu'elle puisse se scinder en deux à un moment donné, pour permettre à l'hémisphère droit de faire parmi des images auditives verbales, dévolues habituellement à l'hémisphère gauche, une sélection telle qu'elle n'intéresse justement que celles d'un contenu identique, antagoniste de celui des autres hallucinations ; le développement, la précision de ces images, quelles qu'elles soient, restant d'ailleurs les mêmes ? (1)

---

(1) Voir à ce propos les critiques adressées par M. P. Janet

Il importe encore de remarquer que ces hallucinations antagonistes se rattachent étroitement à des idées délirantes correspondantes. « Elles marchent parallèlement au délire lui-même. » (Magnan.)

Dans la plupart des cas, lorsqu'elles se manifestent, par exemple, dans des délires de persécution, elles reflètent les conceptions erronées dont elles ne sont que l'expression sensorielle, sous sa forme la plus précise et la plus parfaite. Ce sont, comme l'on dit quelquefois, des hallucinations d'origine intellectuelle.

Dès lors, si l'on place l'antagonisme de ces hallucinations sous la dépendance du dédoublement, de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux, on se trouve logiquement entraîné à assigner la même origine aux idées délirantes antithétiques connexes.

M. Magnan rapporte l'observation d'un délirant chronique, triste dès l'enfance, manifestant à l'âge viril des tendances mélancoliques, se croyant en butte à des injustices. A vingt-six ans le délire s'accuse : idées de persécution avec hallucinations auditives de voix injurieuses et menaçantes par l'oreille droite. Peu à peu se font jour des idées d'un autre ordre. Il doit faire un héritage d'un million; il fait des découvertes astronomiques; de plus en plus orgueilleux, il en arrive à se demander s'il n'est pas le fils de Dieu. A ce moment les injures perçues par l'oreille droite diminuent et il commence à entendre des encouragements, des éloges, mais c'est par l'oreille gauche. Dieu lui-même lui conseille de persister dans le bien. C'est à

---

(loc. cit., p. 415 et suiv.) à la théorie de M. Myers qui rapporte les phénomènes d'inconscience des médiums, la parole et l'écriture automatiques, à une action obscure de l'hémisphère droit, par analogie avec la suppléance qu'on lui attribue quelquefois pour expliquer la restauration du langage et de l'écriture à la suite de certaines lésions localisées de l'hémisphère gauche.

gauche que se tient le bon génie. Parfois il entend un bruit de sonnerie ; quand la sonnerie se produit à droite, il lui arrive quelque chose de fâcheux ; à gauche, c'est l'indice d'une bonne nouvelle. Depuis deux ans, les hallucinations gaies, ambitieuses prédominent, et c'est toujours par l'oreille gauche qu'il les entend, l'oreille droite ne lui transmettant que des choses désagréables, d'ailleurs de plus en plus rares.

« Rien ne manque au délire chronique, ajoute l'auteur : influence héréditaire, périodes d'inquiétudes, de persécution, phase ambitieuse, tendance à la systématisation...

« Au point de vue spécial où nous nous plaçons, le cas est des plus démonstratifs. Les hallucinations pénibles se cantonnent dès le début à droite. Très fréquentes d'abord, elles marchent d'un pas égal avec le délire. Celui-ci se transforme peu à peu, change de couleur ; il s'éclaircit et, simultanément, les hallucinations agréables se produisent, mais c'est à gauche qu'elles se fixent ; elles deviennent de plus en plus fréquentes, tandis que les hallucinations pénibles résidant à droite s'atténuent insensiblement.

« D'autre part, un même trouble fonctionnel, une sonnerie, se produit dans l'une et l'autre oreille ; le malade lui donne une interprétation différente, suivant qu'elle siège à droite ou à gauche. Comme les hallucinations, elle est de bon augure à gauche, de mauvais présage à droite. C'est bien là un phénomène singulier, l'hémisphère gauche répondant au côté droit, voué à la tristesse et marquant la première période de la maladie ; l'hémisphère droit répondant au côté gauche disposé à la joie et faisant presque entièrement les frais de la seconde période (1). »

---

(1) Magnan. *Arch. neurol.*, 1883.

Si l'interprétation de la dissociation des hallucinations en question par le dédoublement fonctionnel des hémisphères cérébraux est déjà très discutable, cette théorie nous paraît encore moins susceptible d'expliquer la transformation parallèle de la personnalité, la progression délirante qui aux idées de persécution associe des idées de grandeur.

On pourrait se trouver entraîné dans cette voie à de bien douteux aperçus sur les variations nombreuses du contenu de la conscience personnelle chez un même individu.

Dans l'analyse d'un symptôme de ce genre, il est nécessaire de tenir compte du caractère individuel du sujet, de la forme vésanique, des symptômes psychiques concomitants.

Envisagées de cette façon, les hallucinations bilatérales dédoublées ne nous apparaissent pas comme un phénomène d'exception. Si l'on fait abstraction pour un instant de leur mode de localisation spéciale, elles présentent les mêmes caractères cliniques et psychologiques que d'autres hallucinations, dont elles ne constituent, en fait, qu'une variété : les hallucinations dites antagonistes.

Dans des travaux antérieurs (1), nous nous sommes attachés à montrer que ces hallucinations correspondaient à un antagonisme des idées délirantes ; attaque et défense chez le persécuté ; lutte du bon et du mauvais génie chez le possédé ; opposition du bien et du mal chez le mélancolique.

Or, cet antagonisme n'est que l'exagération délirante, l'hypertrophie d'un trouble bien connu et bien fréquent en pathologie mentale, le contraste psychique,

---

(1) J. Séglas et P. Bezançon. Antagonisme des idées délirantes, *Ann. méd. psych.*, janvier 1889.

qui n'est lui-même qu'une modalité pathologique de l'association par contraste (1).

Il ne représente que la lutte entre deux états de conscience opposés, deux synthèses mentales antithétiques occupant tour à tour le champ de la conscience, « deux attitudes successives du moi, selon les expressions de Ribot (2), c'est-à-dire une différence de groupement entre les mêmes éléments, avec prédominance de quelques-uns et ce qui s'ensuit ».

Cette interprétation est d'autant plus plausible que l'on considère les formes vésaniques, ou l'état mental sur lequel se développe ce phénomène : délires systématisés chroniques, mélancolie, état d'affaiblissement intellectuel secondaire, de déséquilibre congénital, c'est-à-dire tous cas dans lesquels on retrouve à l'origine un défaut de cohésion des éléments de l'agrégat personnalité.

Cette scission partielle dans le moi, que représente en pareil cas l'antagonisme délirant, ces oppositions dans la personne, ne sont en réalité que des oppositions *dans le temps* et non des oppositions dans l'espace, d'un hémisphère à l'autre.

Il est d'ailleurs à remarquer que cette théorie du dédoublement fonctionnel des hémisphères repose en définitive sur l'hypothèse, absolument arbitraire, que la lutte n'est toujours qu'entre deux états.

Or, cette hypothèse se trouve contredite par la simple observation des faits cliniques.

Prenons, par exemple, le cas d'un persécuté qui a des idées et des hallucinations d'attaque et de défense.

Il est à remarquer que le malade place toujours en

---

(1) Sante de Sanctis. *I fenomeni di contrasto in psicologia*. Rome, 1895.

(2) Ribot. *Maladies de la personnalité*.

dehors de lui ses défenseurs comme ses persécuteurs. Il continue, comme le dit justement Cotard, à objectiver l'automatisme dans le monde extérieur. Il assiste au combat qui lui semble se passer hors de lui-même, en restant identique à lui-même. Bien qu'il y ait là deux synthèses mentales pathologiques en présence, c'est-à-dire une scission entre certains éléments du moi, la personnalité fondamentale n'est pas sensiblement atteinte ; il reste à côté de ces deux synthèses partielles une synthèse principale que le malade n'objective pas, qui constitue sa personnalité même, laquelle continue à se manifester dans ses actes ou ses paroles, dans lesquelles on retrouve toujours ce jugement, qu'il y a des défenseurs, des persécuteurs et lui.

Où logera-t-on cette troisième synthèse, puisque c'est sous cette forme que la question a été posée, dans l'hypothèse du dualisme cérébral ? Comme le remarque justement M. Ribot, l'hypothèse psychologique de la scission des états de conscience, des attitudes successives du moi, rend compte au contraire de tout ce que l'autre pourrait expliquer et aussi de ce qu'elle n'explique pas.

Cette simple division entre le côté gauche et le côté droit est, d'ailleurs d'autant moins fondée, qu'on a rapporté des observations d'individus réduits, dès l'enfance, à un seul hémisphère cérébral, et que leur fonctionnement intellectuel ordinaire ne différenciait pas du reste des hommes (1).

L'état psychique fondamental sous-jacent aux hallucinations bilatérales de caractère opposé est donc celui de toutes les hallucinations antagonistes.

Elles n'ont de particulier que leur localisation dans l'espace extérieur.

---

(1) Cotard. *Étude sur l'atrophie cérébrale*, 1868.



A cet égard, elles se présentent comme des hallucinations unilatérales alternantes, dont la localisation peut être considérée comme s'effectuant, pour chacune d'elles, suivant le processus que nous avons indiqué dans notre article précédent sur l'hallucination unilatérale.

La cause déterminante de cette localisation dissociée à droite et à gauche, ne résulterait ainsi que de l'existence de points de repère, dérivant, par association, du processus de contraste, d'antagonisme, qui figure à l'origine, et fourni soit par les objets extérieurs, soit par des sensations concomitantes réelles ou hallucinatoires.

Il nous semble que l'on peut trouver, dans l'étude des observations, des arguments à l'appui de cette manière de voir.

Hammond (1) a rapporté le cas d'une jeune femme, atteinte d'hallucinations visuelles représentant des figures d'enfants. Lorsqu'elle fermait un œil, la moitié de ces figures disparaissait ; et si elle fermait les deux yeux, elles disparaissaient en entier, pour revenir au bout de quelque temps, quoique moins distinctes.

La particularité de ce cas était donc que l'image hallucinatoire paraissait divisée entre les deux yeux, une partie étant vue par un œil, l'autre partie par l'autre œil.

Or, par la pression latérale du globe oculaire d'un côté ou de l'autre, déterminant un strabisme momentané (expérience de Brewster), le sujet voyait chaque figure lui apparaître double.

Cette observation ne fait que reproduire sous une autre forme les indications que nous avons déjà relevées dans notre précédent article. L'expérience de Brewster,

---

(1) Hammond. *Jour. of nerv. and ment. diseases*, 1885.

analogue à celle du prisme, donne ici des résultats identiques à ceux qu'elle fournit dans les cas d'hallucinations visuelles bilatérales ordinaires. Elle nous montre donc dans ce cas, comme dans ceux d'hallucinations unilatérales, un trouble de la vision consciente ; la participation réelle, bien que non reconnue par le sujet, en raison d'un phénomène d'abstraction, de chacun des deux yeux à la vision totale de l'image hallucinatoire ; et l'existence d'un point de repère sous-jacent à l'hallucination.

Il est d'ailleurs d'autres considérations qui peuvent nous fournir des indications de même ordre.

On sait que le mode de combinaison des hallucinations antagonistes est des plus variés.

C'est ainsi qu'il peut se faire non seulement entre hallucinations de nature sensorielle identique, mais aussi entre hallucinations de nature sensorielle différente, par exemple entre hallucinations auditives et visuelles, entre hallucinations auditives et olfactives, entre hallucinations auditives et tactiles.

Chacune de ces hallucinations étant bilatérale, on ne peut guère songer alors à la théorie du dualisme cérébral !

De même lorsqu'il s'agit d'hallucinations verbales, l'antagonisme peut revêtir différentes combinaisons. Il peut exister entre hallucinations auditives, bilatérales, qu'elles soient bonnes ou mauvaises ; entre hallucinations auditives et verbales motrices ; entre hallucinations motrices.

Là encore comment pourrait-on invoquer le dualisme cérébral, alors que toutes ces hallucinations sont sous la dépendance de la même fonction langage, dévolue à l'hémisphère gauche ?

Mais de plus, l'étude des hallucinations antagonistes sous la forme motrice est particulièrement intéressante au point de vue qui nous occupe. En effet, la localisation

de ces hallucinations est parfois identique, mais d'autres fois elle est différente.

En voici un exemple :

Une de mes malades est possédée par des Esprits dont les uns lui font subir toutes sortes de tourments, tandis que les autres la défendent contre les premiers. Tous ces Esprits lui parlent intérieurement. Dans ces hallucinations motrices verbales « elle n'entend rien et cependant elle comprend comme si on lui parlait ; cela lui fait remuer la langue comme si les mots étaient prononcés, et cependant elle ne dit rien ». Les voix intérieures ont leur point de départ dans deux endroits différents du corps : les unes dans le gosier, ce sont des voix des Esprits favorables ; les autres, celles des mauvais Esprits, viennent du bas ventre, de la vessie. Lorsqu'elles parlent, elle sent comme une corde qui se tend entre la vessie et le gosier ; en même temps que la voix se fait entendre, elle a envie d'uriner, mais la tension de la corde ferme la vessie et empêche l'émission de l'urine.

Voilà donc deux ordres d'hallucinations localisées dans des endroits différents du corps.

La localisation des voix favorables dans le gosier s'explique tout naturellement, puisqu'elles sont reportées à la périphérie de l'appareil vocal, en vertu du phénomène bien connu d'excentricité des sensations.

Quant au processus de localisation des hallucinations mauvaises dans la vessie, il paraît bien résulter ici, comme cela arrive souvent en pareil cas, de la concomitance d'une sensation réelle ou hallucinatoire à laquelle s'associe l'hallucination verbale, et qui lui sert de point de repère.

Ce qui se passe pour des hallucinations motrices ne peut-il s'admettre pour des hallucinations auditives, intéressant la même fonction langage ?

Il me semble, au contraire, que cela est d'autant plus facile à admettre, que l'hallucination auditive est entre toutes, celle dont l'indépendance vis-à-vis des stimulus extérieurs est le plus difficile à prouver, et qu'elle est constamment accompagnée et soutenue de sensations extérieures qui peuvent à l'occasion intervenir dans sa localisation.

Ce point de repère localisateur peut d'ailleurs résulter d'une simple association d'idées. Et, il est même assez vraisemblable, qu'il en est ainsi dans le cas actuel.

Certaines observations semblent autoriser tout au moins cette hypothèse.

Bodin (1) cite le cas d'un individu qu'accompagne un esprit familier « lui donnant un signe sensible comme le touchant à l'oreille droite, s'il faisait quelque chose qui ne fut bon, et à l'oreille senestre s'il faisait bien ; et s'il venait quelqu'un pour le tromper ou le surprendre, il sentait soudain le signal à l'oreille droite ; si c'était quelque homme de bien et qui vint pour son bien, il sentait aussi le signal à l'oreille senestre ».

Rappelons encore le malade de Magnan qui entend un bruit de sonnerie. Quand il se produit à droite, il lui arrive quelque chose de fâcheux ; à gauche, c'est l'indice d'une bonne nouvelle.

Ces observations prouvent au moins l'association qui peut exister dans l'esprit du malade entre l'idée d'antagonisme et la division latérale ; puisque dans les deux cas, la perception hallucinatoire, tactile ou auditive, est en fait la même quel que soit le côté intéressé.

Il est encore à cet égard une constatation assez curieuse. Sur les cas d'hallucinations bilatérales dissociées que nous avons pu relever ou observer personnellement,

---

(1) Bodin. *La démonomanie des sorciers*. Livre I, ch. II.

au nombre de onze, neuf fois les hallucinations mauvaises siégeaient à gauche et les bonnes à droite.

Morel (1) remarquait déjà qu'au point de vue philosophique, ces faits d'hallucinations antagonistes nous représentent bien l'éternelle croyance à l'antagonisme de l'Esprit du bien et de l'Esprit du mal. La prédominance à gauche des hallucinations mauvaises n'est point sans nous rappeler de même la croyance, non moins lointaine, au caractère *sinistre* des présages qui se montraient du côté gauche, et qui est restée consacrée par le langage. Et peut-être cette croyance n'est-elle pas sans jouer à l'occasion un rôle dans la sélection et le mode de répartition latérale des hallucinations, par un travail d'association inconscient.

Les hallucinations dites bilatérales et de caractère différent, suivant le côté affecté, ne sont donc en réalité qu'une variété des hallucinations antagonistes, voisine des bilatérales ordinaires, dont elles ne diffèrent que par le point de repère. Et c'est de ce point de repère que résulte leur forme unilatérale et alternante.

D'ailleurs, la parenté de ces symptômes semble bien résulter des observations dans lesquelles on les voit s'associer ou même se transformer l'une dans l'autre, et qui, par suite, ne se prêtent guère à l'hypothèse du dualisme cérébral.

Voici un premier exemple d'association entre hallucinations bilatérales d'attaque et unilatérales de défense :

M<sup>lle</sup> D..., entrée à la Salpêtrière le 11 juillet 1886, à l'âge de cinquante ans.

Délire de persécution datant (aujourd'hui, 1888) d'au moins trente-deux ans; pas d'idées de grandeur apparentes; pas de démence. Elle est extrêmement hallucinée. Sa voisine de cellule, les surveillantes, les

---

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*.

filles de service, tous ceux qui l'approchent la « dou-  
chent », l'électrisent aux pieds, aux mains, à la nuque,  
lui mettent les doigts de travers. Toutes ces personnes  
lui parlent, la calomnient, la menacent de la tuer, de la  
doucher indéfiniment, menacent de tuer sa famille si  
elle vient la voir. Ces hallucinations auditives revêtent  
la forme bilatérale ordinaire. Heureusement, il y a un  
veilleur, la nuit, sur la maison, qui lui parle de très  
loin dans l'oreille *droite*, l'avertit qu'on va la tuer et  
lui dit de ne pas avoir peur (1).

D'autres observations montrent que ces hallucina-  
tions, dites bilatérales et de caractère différent de  
chaque côté, peuvent ne se présenter ainsi que transi-  
toirement, et les voix, bonnes ou mauvaises, se faire  
entendre par la suite indifféremment dans les deux  
oreilles.

C'est le cas d'une de nos aliénées, qui, depuis long-  
temps déjà, avait des hallucinations de l'ouïe bila-  
térales, faisant entendre des injures, des menaces. Plus  
tard, elles prédominèrent du côté gauche, lui disant  
qu'on la poursuivait, qu'on allait la tuer. Dans le même  
temps, elle entendit dans l'oreille droite des voix con-  
solantes qui lui disaient de prendre courage. Ces voix se  
répondaient et tenaient conversation. Les hallucinations  
droites, consolantes, étaient moins nettes et plus loin-  
taines que les autres. Plus tard, les voix consolantes  
ou mauvaises se firent entendre indifféremment dans  
l'une ou l'autre oreille et même des deux côtés (2).

Sante de Sanctis (3) rapporte aussi un cas d'halluci-  
nations antagonistes auditives d'abord dédoublées, puis  
dans la suite bilatérales et mélangées.

---

(1) J. Séglas et P. Besançon. *Loc. cit.*

(2) J. Séglas. *Troubles du langage*, p. 178.

(3) Sante de Sanctis et M. Montessori. *Allucinazioni antago-  
nistiche. Il Policlinico*, 1897.

Le malade, persécuté hypocondriaque, entendait par une oreille la voix du roi Humbert qui lui disait : « Tu épouseras Marguerite et tu seras l'espérance de l'Italie » ; et par l'autre oreille, la voix de la princesse Lœtitia qui lui disait des choses hostiles et obscènes. Peu à peu la voix du roi Humbert devient aussi hostile et le dédoublement de l'hallucination auditive disparaît. Mais les voix bonnes et favorables ne manquent pas pour cela ; elles viennent du Quirinal. L'une dit souvent : « Hors de l'asile !... Nous voulons te faire général. » Il a d'autres hallucinations olfactives, à contenu antagoniste : [une fois, il sent une odeur de matière fécale, et puis des arômes si suaves qu'il s'en pâmait. Plus tard, la voix favorable, de timbre féminin, est reconnue : c'est sa Marguerite qui le défend contre les Savoyards qui le persécutent par jalousie du trône.

En résumé, les hallucinations dites bilatérales et de caractère différent suivant le côté affecté ne sont qu'une variété d'hallucinations antagonistes ; comme telles, elles se rattachent à des phénomènes fondamentaux de contraste psychique, d'antagonisme d'idées délirantes.

C'est de là que résulte leur mode de localisation extérieure, s'effectuant très vraisemblablement à l'aide de points de repère et suivant un processus analogue à celui que nous avons indiqué pour les hallucinations unilatérales.

En fait, il ne s'agirait là que d'hallucinations antagonistes unilatérales et alternantes.

« Il n'y a pas de doute, ainsi que le remarque de Sanctis, que ces hallucinations spéciales aient dans le cerveau leur correspondant physiologique... Mais pourquoi insister sur l'hypothèse scabreuse et fantaisiste de la dualité cérébrale, quand la psychologie classique nous offre une plus sûre issue ? »

---

---

# SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLOU

Médecin en chef de l'asile de Bron.

*Suite et fin (1).*

---

## CHAPITRE III

Nous terminerons par quelques considérations sur l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement de la tendance au suicide.

§ I. — Peut-on rapporter les idées de suicide à des lésions localisées de l'encéphale? Aug. Voisin adopte cette manière de voir.

Gall prétendait que le cerveau des suicidés est épais, dense; pour Home, il y a une dilatation très marquée des vaisseaux de la dure-mère. Freteau, Récamier, Cabanis, relèvent des altérations diverses dans le cerveau; Desgenettes, Fourcroy,..... rapportent les idées de suicide à des lésions viscérales (cœur, foie, vésicule biliaire, etc.) (2).

Cazauvieilh (3), sur 17 cas de suicide dont il a pu faire l'autopsie, a relevé des altérations cérébrales

---

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1901; de janvier-février, mars-avril, mai-juin, septembre-octobre et novembre-décembre 1902; de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1903.

(2) *In* Esquirol. T. I, p. 640.

(3) Cazauvieilh. *Du suicide, de l'alién. ment. et des crimes contre les personnes.*



variables telles que l'épaississement du crâne, des méninges, l'injection des vaisseaux et de la substance corticale, de l'épanchement séreux dans les ventricules et sous l'arachnoïde...

Voisin (1) admet une localisation corticale. Il s'exprime ainsi dans une de ses leçons : « Les observations que j'ai faites ont pour objet la localisation cérébrale des idées de suicide. Depuis longtemps j'avais remarqué que les malades qui ont des idées de suicide se plaignent ordinairement de céphalalgie bregmatique et syncipitale et décrivent cette douleur dans les termes les plus imagés, la comparant à la sensation que donne un clou, un fer chaud, une boule, une vessie pleine. J'avais encore constaté que la température de cette partie du crâne était ordinairement notablement élevée chez ces malades. Mon attention était donc déjà attirée sur ce point lorsque des autopsies vinrent en aide à mon observation. Je constatai de la congestion aiguë ou chronique, des produits de congestion, des exsudats dans les parties des méninges et du cerveau exactement en rapport avec les points où s'étaient produites la douleur et l'hyperthermie, c'est-à-dire l'extrémité antérieure du sillon de Rolando qui correspond au bregma. Les examens histologiques complétèrent ce que je constatais à la vue et me montrèrent, dans la substance cérébrale et au milieu des cellules, des produits de congestion et d'inflammation... Aussi je puis aujourd'hui poser cette conclusion, à savoir que les idées de suicide chez les aliénés sont liées à des troubles fonctionnels et à des lésions qui siègent dans les parties les plus internes des circonvolutions frontales ascendantes et pariétales. Je dirai plus, les impulsions dangereuses au suicide, à l'homicide, aux actes violents, ont leur origine dans ces circonvolutions. »

---

(1) Voisin. *Leçons cliniques sur les mal. mentales*, 1883, p. 176.

Burlureau (1) se rangerait volontiers à l'opinion de Voisin.

De notre côté nous avons noté que les mélancoliques suicides se plaignaient d'habitude de douleurs de tête intenses, mais à siège variable. Chez quatre aliénés (trois lypémaniaques anxieux avec idées persistantes de suicide, et un dégénéré héréditaire avec obsessions suicides), dont nous avons pu faire l'autopsie, nous n'avons découvert aucune des lésions signalées par Voisin, bien que notre attention ait été tout spécialement attirée sur leur existence possible. Chez un seul nous avons trouvé un peu de congestion des méninges et de la couche corticale, congestion n'offrant d'ailleurs rien de caractéristique et n'étant nullement localisée.

Le penchant au suicide dépend de causes multiples : il se montre le plus souvent comme la résultante logique d'un état mélancolique, d'idées délirantes de persécution, est provoqué par des hallucinations impératives de l'ouïe, s'associe à un délire mystique et affecte, chez les dégénérés, les paralytiques généraux, les épileptiques, les hystériques... une forme toute particulière. On conçoit donc sans peine qu'il ne puisse pas être rapporté à une lésion toujours identique de l'encéphale puisqu'il est variable dans ses origines et dans ses manifestations.

§ II. — *Pronostic.* — En parlant de l'influence de l'hérédité vésanique sur l'éclosion des idées de suicide chez les aliénés, nous avons établi qu'en général la tendance au suicide dénote des antécédents héréditaires, le plus souvent très chargés.

Dans certaines formes mentales (manie, confusion mentale, délire hallucinatoire, paralysie générale), les

---

(1) Burlureau. Article Epilepsie (*Dict. encycl. des sc. médicales*, p. 145).

idées de suicide se montrent ordinairement à titre épisodique sans tendance marquée à se reproduire et n'ont, par conséquent, aucune indication inquiétante.

Il en est autrement chez les individus fortement tarés, au point de vue psychique, chez les dégénérés, où la tendance au suicide peut faire naître de légitimes appréhensions sur l'avenir mental du malade. Soit que cette tendance se manifeste sous forme d'accès de mélancolie suicide, soit qu'elle se présente sous forme de syndromes épisodiques obsédants ou impulsifs, elle peut momentanément disparaître, ce qui est fréquent, mais revient la plupart du temps avec les mêmes caractères. Il est même à remarquer que le trouble mental suicide est de tous les troubles intellectuels celui qui a la tendance la plus déplorable à se reproduire et qu'un aliéné suicide sortant guéri a quatre-vingt-dix chances sur cent de voir le même trouble mental reparaitre la première fois qu'il rechute. C'est cette permanence des propensions suicides qui avait permis aux aliénistes de créer un genre spécial de folie : la folie suicide. Souvent le penchant suicide débute dans la première jeunesse et se poursuit pendant tout le cours de l'existence. Esquirol raconte qu'une femme qui s'était jetée dans la rivière à neuf ans, s'y est jetée de nouveau à quarante. Falret (1) rapporte l'histoire d'une femme atteinte de mélancolie suicide qui avait commencé à l'âge de douze ans ; une autre, sujette à des accès de folie et qui s'étrangla à quarante-cinq ans, avait depuis l'âge de dix ans cherché plusieurs fois à se détruire. Gall cite un fait analogue.

Dans l'observation suivante, on voit avec quelle ténacité peuvent persister les idées de suicide.

Obs. XCVIII. — Femme âgée de trente-cinq ans, plusieurs aliénés dans la famille.

---

(1) Falret. *De l'hypocondrie et du suicide*.

*Certificat d'admission* : Cette jeune fille est atteinte de monomanie suicide. En dehors de ce sujet, elle ne délire pas mais a fait maintes fois des tentatives de suicide qui ont avorté par suite de la surveillance de ses parents. Cet état dure depuis dix-huit mois avec une interruption très remarquable qui a duré cinq mois. Pendant ce temps, la malade qui était aménorrhéique, avait recouvré ses règles. Cette fille est au plus haut point dangereuse pour elle-même.

*Certificat de vingt-quatre heures*. Atteinte de mélancolie suicide d'une telle intensité qu'on ne peut la laisser seule sans danger.

*Certificat de quinzaine*. Même état.

La malade sort guérie, puis entre de nouveau dix mois après.

*Certificat d'admission*. Atteinte de monomanie suicide. Rien n'égale la violence de son désir de la mort. Ce n'est que par une incessante surveillance que ses parents l'ont empêchée de mettre son fatal projet à exécution.

*Certificat de vingt-quatre heures*. Mélancolie suicide d'une intensité telle qu'elle ne peut être laissée en liberté.

*Certificat de quinzaine*. Pas de modification. Plusieurs tentatives de pendaison.

*Certificat de situation*. Lypémanie suicide. Urgence de la maintenir à l'asile ; surveillance incessante nécessaire.

*Deuxième certificat de situation*. Un peu améliorée ; ne présente ni hallucinations ni conceptions délirantes, mais est en proie à une mélancolie profonde se traduisant par des pleurs, des idées tristes, un découragement insurmontable, d'où résultent le dégoût de la vie et la tendance au suicide. Maintien nécessaire.

*Certificat de guérison*. Plus de signes d'aliénation. Peut être remise en liberté.

*Troisième séjour. Certificat d'admission*. A peine sortie a été reprise de mélancolie avec tendance au suicide.

*Certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine*. Lypémanie suicide.

*Quatrième séjour*. Mêmes certificats.

Chez certains héréditaires, cependant, la propension au suicide n'a pas une ténacité aussi remarquable que dans le cas précédent. On peut observer tantôt des accès maniaques, tantôt des accès de lypémanie suicide.

2 OBS. XCIX. — Femme âgée de quarante-deux ans. Antécédents héréditaires peu connus; il y aurait, au dire de la malade, une tante maternelle et un cousin germain qui ont présenté des troubles mentaux. Stigmates physiques de dégénérescence chez la malade.

Il y a quinze ans, premier séjour dans un asile pour un accès d'agitation maniaque guéri au bout de quelques mois.

Depuis quelques années état mélancolique avec préoccupations de nature religieuse et fréquentes tentatives de suicide. La malade reste plusieurs jours sans prononcer une parole et son mari a eu beaucoup de peine, à plusieurs reprises, à l'empêcher de se jeter à l'eau. Depuis une quinzaine les tentatives sont de plus en plus fréquentes. La malade sort de l'asile au bout de cinq mois.

Cinq ans plus tard, accès d'agitation qui nécessite un internement de quatre mois.

OBS. C. — Femme âgée de trente-deux ans. Frère aliéné, mère déséquilibrée. Entre à l'asile en 1896 pour un accès de lypémanie marqué par plusieurs tentatives de suicide. Sort guérie au bout d'un an.

A peine rentrée chez elle, un de ses voisins se pend, la malade tombe immédiatement dans un accès de manie; elle est encore en traitement, paraît s'améliorer et n'a présenté aucune tendance au suicide durant le cours de ce second accès de folie.

On sait que chez les dégénérés impulsifs et obsédés, chez quelques hystériques, la tendance au suicide se montre sous forme de syndromes épisodiques (Magnan). Ces syndromes naissent le plus souvent sans cause appréciable ou pour des causes banales. Ils disparaissent souvent assez rapidement, mais leur retour est presque certain si les mêmes causes se reproduisent.

D'autre part, à côté de ces accès impulsifs, nous avons vu que les dégénérés, les hystériques présentent une émotivité spéciale qui les pousse à des actes suicides pour les causes les plus puériles. Ils deviennent tristes à tout propos, s'exagèrent tout et pensent à se détruire chaque fois qu'ils ont ces petits accès de mélancolie. Malheureusement, ces êtres déséquilibrés présen-

tent d'ordinaire pendant toute leur existence les mêmes tendances suicides : ils sont toujours en imminence de mort volontaire.

Dans l'alcoolisme, l'idée du suicide apparaît souvent sous l'influence des fumées de l'alcool et, chose remarquable, chaque fois que l'individu fait des excès il est presque certain de voir éclore les mêmes idées de suicide. Il a le vin triste et pense à se détruire chaque fois qu'il se livre à la boisson. Il y a là une indication pronostique importante.

En résumé, la tendance au suicide qui se montre chez un aliéné comporte un pronostic plutôt défavorable parce que : 1° elle décèle d'ordinaire une tare héréditaire le plus souvent très chargée ; 2° elle a une fâcheuse tendance à se reproduire à chaque accès d'aliénation mentale.

§ III. — TRAITEMENT. — Considéré au point de vue social, le suicide d'un aliéné est un bienfait, ainsi que l'a indiqué Hughes (1) dans un travail analysé dans les *Archives de neurologie* : « Sans proclamer le suicide comme un remède, l'auteur estime que les débiles mentaux ou moraux, les criminels et les vicieux qui se suicident, paient une sorte de dette à la nature et procurent un bénéfice à l'humanité. Pourquoi ne pas approuver le suicide qui met fin à la descendance d'un être lorsque cet être est notoirement dégénéré, mentalement ou moralement. Le bon grain pousse mieux quand les mauvaises herbes ont été arrachées du champ. Le suicide précoce d'un imbécile moral ou mental est une sorte de gain pour la société qui se trouve préservée de toute une progéniture de créatures semblables »,

---

(1) Hughes. Le suicide comme agent de préservation. (Aline. and neurol. Anal. in *Arch. neurol.*, 1899, p. 162.)

Quelques justes que soient ces considérations, elles ne méritent pas de nous arrêter plus longtemps.

Y a-t-il un traitement spécial pour la tendance au suicide, ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu? Avenbrugger, cité par Guislain (1), veut que le malade prenne un litre d'eau froide toutes les heures : « S'il reste pensif et taciturne, dit-il, on arrosera son front, ses tempes et ses yeux avec le même liquide. » Theden, Leroy... disent avoir traité de nombreux malades par cette méthode et avoir obtenu d'excellents résultats. Esquirol (2) qui l'a essayée n'a pas obtenu beaucoup de succès.

Certains auteurs anciens, plaçant dans le foie et la vésicule biliaire l'origine des idées noires et du suicide, ont conseillé les sétons, les vésicatoires appliqués au niveau de ces organes.

Edward Seymour (3) traite par l'acétate de morphine continué pendant trois semaines à trois mois. Il prétend avoir obtenu de nombreuses guérisons. D'autres se sont adressés au bromure et aux différents sédatifs et hypnotiques, aux toniques, aux purgatifs, etc.

La tendance au suicide n'est qu'un symptôme que l'on retrouve dans toutes les formes d'aliénation mentale. C'est donc à cette forme de folie elle-même qu'il convient de s'attaquer si l'on veut avoir quelques chances de voir se dissiper les idées de suicide. Le traitement sera donc extrêmement variable : il faudra tirer des indications et de l'état général du sujet et de la cause provocatrice de l'accès de folie.

Du côté du sujet, relever le plus souvent l'état général, l'anémie étant la compagne ordinaire des états

---

(1) Guislain. *Traité sur l'aliénation mentale*, 1826. T. II, p. 146.

(2) T. I, p. 658.

(3) Seymour. *Traitement de la monomanie suicide par les sédatifs*. (*J. of psych.*, 1848.)

mélancoliques; veiller sur le bon fonctionnement de l'appareil digestif, administrer, suivant les cas, les désinfectants (salol, naphthol), les absorbants (craie préparée, charbon), les excitants (amers, noix vomique); parfois les lavages de l'estomac sont indiqués.

De nombreuses indications peuvent être tirées de l'état de l'appareil génital chez la femme. Si les troubles génitaux ne provoquent pas toujours directement les idées de suicide, il est certain que dans la plupart des cas ils les exagèrent dans de fortes proportions. Nous avons vu que les troubles menstruels étaient, chez les prédisposées, une cause puissante de la tendance au suicide. Souvent en rappelant, en régularisant l'écoulement cataménial, les troubles mentaux disparaîtront. En réduisant un prolapsus utérin, en traitant une métrite, on peut obtenir le même résultat.

Chaque fois que l'on peut incriminer un état toxique transitoire ou permanent, c'est à cet état toxique qu'il convient de s'attaquer (alcoolisme, saturnisme, albuminurie, diabète, syphilis, morphinisme, affections chroniques des voies urinaires, digestives, etc.). Il faut examiner soigneusement le malade et le traiter en médecin.

Certaines hallucinations impératives de l'ouïe, surtout lorsqu'elles sont unilatérales, étant sous la dépendance de lésions de l'appareil auditif, on peut, par un traitement approprié, les voir disparaître ou du moins s'atténuer considérablement.

Dans l'épilepsie la tendance au suicide est souvent provoquée par des états toxiques intercurrents contre lesquels il faudra agir. Dans d'autres cas, les troubles intellectuels et les idées de suicide coïncident avec la disparition des crises convulsives. C'est à rappeler ces dernières que doivent tendre tous les efforts du médecin et l'on obtiendra la plupart du temps des résultats



remarquables. Il en sera de même lorsque les vertiges, les absences deviennent trop fréquentes au détriment des grandes attaques.

L'influence de l'imitation est si considérable qu'il est nécessaire de veiller avec soin à ce que, dans les asiles, les malades mélancoliques pouvant présenter des idées de suicide ne soient pas en contact immédiat avec certains impulsifs qui font des tentatives fréquentes, ou certains gémissieurs qui réclament continuellement la mort. C'est surtout avec les hystériques et les dégénérés qu'il convient de prendre ces précautions. Réunir tous ces individus à penchant au suicide, sous prétexte qu'on peut mieux les surveiller, nous semble plutôt nuisible.

Dans quelques cas où la tendance au suicide paraît être provoquée ou exagérée par l'internement, il sera utile de procéder à une sortie à titre d'essai qui pourra souvent modifier avantageusement l'état mental.

Ajoutons, pour terminer, que le traitement le plus essentiel, mais qui échappe complètement au médecin, est d'ordre purement social : c'est, par des lois appropriées, de mettre un frein à l'abus toujours croissant des boissons alcooliques; c'est aussi d'introduire certaines entraves légales à la reproduction des êtres tarés au point de vue psychique; c'est de limiter la liberté de la presse en ce qui concerne les relations de suicides; c'est, enfin, faire moins l'instruction que l'éducation des masses populaires, les éloigner des utopies toujours dangereuses et leur inspirer avant tout le goût de la famille, du travail et de l'épargne.

---

SUR DEUX CAS

DE

# FOLIE DU DOUTE

AVEC DÉLIRE DU TOUCHER (FOLIE DÉGÉNÉRATIVE)

Par **CHARLES AZÉMAR**

Interne de la Maison de santé de Picpus.

Les symptômes que présentent les deux malades dont nous rapportons les observations ont été l'objet de travaux déjà fort nombreux. Tous les grands noms des maîtres en psychiatrie se retrouvent dans l'historique de cette affection. Il semblerait donc qu'après ces études multiples, la place nosologique de cette maladie devrait être bien déterminée ; mais si tout le monde s'accorde sur les faits observés, nous retronvons des divergences d'opinion infinies sur la place qu'ils doivent occuper dans le cadre des maladies mentales. La preuve en est dans les nombreuses dénominations qui ont été données à cette forme de vésanie, et notre embarras a été grand quand il nous a fallu mettre un titre en tête de ce travail.

Nous croyons inutile de recommencer ici l'énumération si complète et si documentée qu'en a faite M. Ladame (de Genève), dans une communication au Congrès de Berlin de 1890 ; le lecteur voudra bien se reporter à ce travail, paru dans les *Annales médico-psychologiques* de novembre-décembre 1890.

Depuis cette époque, les observateurs tendent à faire

rentrer ces malades dans la classe des dégénérés et des héréditaires.

En 1892, MM. Raymond et Arnaud publient dans les *Annales médico-psychologiques* un travail « sur des cas d'aboulie avec obsessions interrogatives », dans lequel ils concluent à la prédominance dans ces affections de phénomènes d'hésitation psychomotrice, émotivité et neurasthénie, formant le trouble primitif et général. C'est la volonté, disent-ils, qui est la plus diminuée des facultés mentales. Comme symptômes variables, ils notent les obsessions, les impulsions, les actes bizarres, différents avec chaque malade.

Nos deux malades présentent des cas remarquables par l'intensité et la multiplicité des symptômes, avec prédominance chez l'un du délire du toucher et chez le second de la folie du doute.

#### OBSERVATION I.

SOMMAIRE. — *Délire du toucher. — Obsessions pénibles. Craintes d'empoisonnement. — Idées de suicide.*

M. X..., cinquante-sept ans, entré le 26 mars 1901.

*Antécédents héréditaires.* Sans avoir des renseignements complets, nous connaissons une sœur du malade douée d'un caractère bizarre, préoccupée des infiniments petits; les deux enfants du malade sont des névropathes à émotivité très exagérée.

M. X a toujours été un scrupuleux et un minutieux. Il se trouvait désagréablement impressionné à table, par exemple, par une minime tache du linge, par un verre, une assiette dont le brillant n'était pas parfait. Propreté méticuleuse; une tache sur ses effets le rendait anxieux. Chez lui, tout le monde était esclave de ses petites « manies ». En dehors de ces petits travers, musicien très distingué, professeur de musique, passionné de son art.

Après la mort de sa femme, survenue il y a environ un an, sa famille vit augmenter considérablement les préoccupations

du malade, qui rendait la vie très difficile à son entourage par ses récriminations incessantes. Craintes continuelles, tournant à l'obsession et empêchant le malade de se livrer à ses occupations habituelles, d'abord négligées, puis totalement abandonnées. Caractère de plus en plus sombre, anxiété croissante, et enfin apparition de véritables idées délirantes ; c'est ainsi que M. X... en était arrivé à refuser les baisers et même le contact des siens, par crainte de communiquer des maladies contagieuses. Il éloignait de lui son petit-fils, un tout jeune enfant, auquel il avait témoigné jusque là la tendresse habituelle d'un grand-père. Toujours méfiant, il assistait à la préparation des repas et ne cessait de récriminer contre la cuisinière, qu'il accusait de vouloir empoisonner sa famille par suite de ses négligences et de son défaut de propreté.

Insomnie persistante ; alimentation difficile et irrégulière. État saburral habituel des voies digestives. Nutrition défectueuse, amaigrissement notable. Teint terreux. Idées hypochondriaques consécutives au mauvais état général. A la suite de ces manifestations morbides, la famille se décide à isoler le malade qui nous est amené le 26 mai 1901.

A son entrée, M. X... est plongé dans une profonde tristesse ; réponses hésitantes. Il est persuadé que sa santé physique est sérieusement compromise : douleurs vagues et mal localisées dans tout le corps ; l'intestin ne fonctionne pas ; les aliments accumulés doivent produire une intoxication lente. Suppression de la sensation de faim et de sapidité des aliments. « Je mange par raison, je ne trouve de goût à rien. » Constipation opiniâtre. Ces phénomènes contribuent pour une large part à entretenir les craintes de maladies graves et la conviction tenace que les contacts dangereux ont amené « l'empoisonnement du sang ».

Aussitôt arrivé dans sa chambre, M. X... passe en revue les meubles et les objets de toilette qu'il va avoir à sa disposition ; véritable terreur et désespoir à l'idée qu'il va être obligé de faire usage de toutes ces choses inconnues, qui d'emblée lui sont suspectes. De là, toute une série d'obsessions se rapportant à ces objets. M. X... constate que le marbre de la commode porte des traces de liquide qui certainement doit être dangereux. Une goutte d'huile de la veilleuse est tombée sur ce meuble et l'infirmier, qu'il a épié pendant qu'on faisait son ménage, a laissé tomber dans le broc de toilette une goutte du liquide imprégnant le linge avec lequel il essuyait.

Dès lors, M. X... ne voudra pas user du broc : l'eau qu'il

contient est souillée; comme on a transvasé de cette eau dans le pot à eau et la cuvette, la proscription atteindra ces objets, ainsi que le savon qui a trempé dans cette eau. On a beau faire remarquer au malade que le broc est émaillé, facile à nettoyer à l'eau chaude, etc., aucun raisonnement n'a de prise sur cette idée fixe qui poursuivra M. X... pendant tout son séjour dans la maison. On consent à lui changer tous ces objets et à lui donner des ustensiles neufs; avant d'en faire usage, il les examine..... sans les toucher, car ses mains sont souillées! Et M. X... trouvera toujours une fêlure de l'émail, un défaut dans le brillant; cela suffit à rendre les objets suspects. En conséquence, il s'obstine à ne pas faire sa toilette, se contentant des ablutions de la douche et des bains. (Constatation remarquable, M. X... n'a jamais hésité à faire usage des baignoires, quoi qu'il sache bien qu'elles ont servi à d'autres avant lui.) Il souffre, cependant de cette privation des soins corporels, et avant les repas il va se laver les mains au robinet de la cour, en se cachant pour éviter les « gorges chaudes » des domestiques. Tous les jours, M. X... vient nous conter ses griefs contre ses objets de toilette, tourmenté par ce cercle vicieux dans lequel évoluent ses idées : ses mains sont souillées, il contaminera les objets dont il va se servir; d'un autre côté, les ustensiles de toilette suspects ne vont-ils pas lui causer de nouvelles souillures et créer de nouveaux dangers?

A table, M. X... se surveille particulièrement : il exige qu'on change son assiette, son verre, son couvert, qui lui inspirent des craintes; si on résiste, il préfère ne pas manger. Le malade évite de toucher les aliments avec ses mains; il prend son pain par un bout et mange à même le morceau, en ayant bien soin de rejeter la partie qui a été en contact avec ses doigts.

En raison de sa constipation habituelle, on donne à M. X... des lavements. Cette médication va faire éclore de nouvelles craintes et de nouvelles lamentations. L'irrigateur est d'emblée suspect; M. X... inspecte soigneusement l'intérieur de l'appareil, la canule, et à chaque fois, il trouvera des vices rédhibitoires : l'instrument n'a pas été nettoyé; il y a au fond des traces de liquides qui ont séjourné et formé des poisons au contact des parois métalliques du réservoir, il y a du vert-de-gris, des sels de plomb, etc. Pour calmer ses susceptibilités, on lui donne à plusieurs reprises des instruments neufs qu'on laisse dans sa chambre. Cela ne calme pas ses appréhensions : l'appareil a été posé sur la commode souillée; dès lors son usage

présente des dangers et M. X... ne consentira pas à s'en servir.

Un jour, on lui donne un lavement glycérimé : le lendemain nous voyons notre malade plongé dans une noire tristesse, gémissant, désespéré, errant autour de nous, *comme une âme en peine* ; enfin il finit par exposer que nous avons gravement porté atteinte à sa santé : son corps est enduit d'une matière grasse, il a un goût de glycérine jusque dans la bouche ! Ses mains sont gluantes, il nous les fait tâter ; et il ne veut rien entendre quand on lui explique que cette moiteur est bien naturelle, puisque nous sommes au plus fort de l'été. Il nous supplie, nous implore lamentablement de cesser ces lavements, faisant appel à notre bon cœur, et on est bien tenté de le prendre en pitié, tant sa physionomie est empreinte d'un profond désespoir.

Mêmes résistances et mêmes terreurs lorsqu'on veut lui faire prendre des purgatifs ; le flacon dans lequel on a mis l'huile de ricin a contenu d'autres liquides qui, par leurs mélanges, forment des composés dangereux. Le papier enveloppant le sulfate de soude n'est-il pas souillé ? Et régulièrement, après d'infructueux essais pour se décider, il se tourne vers nous en disant sur un ton lamentable : « Non ! Je ne peux pas, n'exigez pas cela de moi. » On est obligé d'agir malgré lui, car au moment où il ne trouve plus d'objections, il cherche à reculer sa décision, se retranche derrière son éternel refus : le passage à l'action est impossible.

Dans la sphère des sentiments affectifs, nous retrouvons les mêmes idées délirantes au sujet des contacts : M. X... se refuse à embrasser ses parents qui viennent le voir ; il ne veut pas même toucher la main de son fils, et n'est pas sans appréhension quand il nous voit leur donner nous-même une poignée de main, car nous sommes entrés en contact avec lui et d'autres malades.

Pendant les vacances, nous avons obtenu que M. X... écrivît une lettre aux siens, mais au prix de quelles difficultés ! Non seulement nous avons dû vaincre son manque de volonté, mais encore quels stratagèmes pour éviter que la lettre fût souillée par le contact de ses mains ! Il a fallu interposer entre sa main et le papier à lettres plusieurs épaisseurs de papier buvard ; et après des exhortations longues et pressantes, M. X... a pu tracer quelques mots. Nous prenons la lettre pour la mettre sous enveloppe et le malade nous suit des yeux

avec anxiété; cependant il ne trouve rien à dire sur le champ.

Quelques heures après, nous le voyons revenir avec son air que nous connaissons bien d'indicible désespoir. Tout tremblant, il nous aborde en nous accensant d'avoir commis un crime : sa lettre va contaminer toute sa famille ! Il nous rappelle, en effet, que nous avons écrit l'adresse avec le porte-plume dont il venait de se servir, et que nous avons manipulé la lettre après ce contact. Cette obsession tient le malade anxieux pendant plusieurs jours et trouble son sommeil.

Le résultat de ces idées délirantes a été d'amener M. X... à des idées de suicide. Plusieurs fois, il avait témoigné le désir d'en finir avec cette vie si malheureuse. Il n'y a pas eu à proprement parler de véritable tentative, mais plutôt une préparation et un premier fait qui, s'il n'avait pas été surpris, aurait peut-être été suivi d'un essai plus sérieux.

M. X... avait détaché, un matin, après sa douche, la cordelière de son peignoir de bain et l'emportait dans sa poche, quand l'infirmier qui était auprès de lui s'aperçut du fait et nous le signala. Malgré les dénégations du malade, d'après son attitude, ses paroles et son état d'anxiété, nous sommes persuadés qu'une idée de suicide avait germé dans son esprit. Au milieu de toutes ces obsessions, M. X... était demeuré conscient et déplorait souvent son état, mais sans pouvoir surmonter ses répugnances. Il aimait beaucoup à parler théâtre et musique, éprouvait même quelque soulagement à se distraire de ses idées ; mais jamais nous n'avons pu le décider à se mettre au piano pour exécuter un morceau de musique. Devant nos sollicitations, il reprenait le fil de ses obsessions et de ses lamentations. Vers le commencement de septembre, nous avons constaté toutefois un peu de détente; mais son délire du toucher persistait encore au moment où sa famille le reprenait, le 25 septembre 1901.

## OBSERVATION II.

**SOMMAIRE.** — *Dégénérescence mentale.* — *Folie du doute.* — *Obsessions pénibles.* — *Anxiété.* — *Aboulie.* — *Gâtisme.* — *Pas de démence.*

M<sup>me</sup> X..., soixante-trois ans, entrée le 6 novembre 1901, a toujours été une névropathe à caractère bizarre; émotivité exagérée. Elle a deux fils, dont l'un est aliéné et a été interné à

l'âge de dix-sept ans ; l'autre présente des signes incontestables de dégénérescence, quoique son intelligence soit développée : orgueilleux et égoïste, il présente une absence à peu près complète de sentiments affectifs, ne se préoccupant dans la maladie de sa mère et de son frère que des désagréments et des embarras qu'il peut en résulter pour lui.

Quelque mois avant l'entrée de M<sup>me</sup> X..., son entourage avait vu croître progressivement les bizarreries de la malade, et des faits plus marquants avaient attiré l'attention. C'est ainsi que M<sup>me</sup> X... ne pouvait coucher huit jours de suite dans la même pièce de son appartement, finissant par choisir un cabinet exigu sans air et sans lumière, où elle passait la plus grande partie de son temps. On avait en même temps remarqué qu'elle négligeait sa tenue qui jusqu'alors était très soignée. Elle refusait de sortir, alors qu'on la connaissait très remuante, aimant à courir les magasins, à fréquenter les courses, où elle jouait assidûment. En même temps, le sommeil était troublé, l'appétit diminué ; état entérique assez grave, avec plaques de muguet dans la bouche. Enfin surviennent toute une série d'obsessions qui vont dominer la scène, et à partir de ce moment la psychose de la malade se déroulera avec des phénomènes toujours plus accusés.

M<sup>me</sup> X... avait proscrit certains mots de sa conversation. Elle ne pouvait supporter qu'on prononçât devant elle le mot *ça* ou le mot *chose*. Laisait-on échapper devant elle ces mots fatidiques, elle interrompait aussitôt la conversation pour redresser la phrase en supprimant *ça* ou *chose*, exigeant qu'on répât à plusieurs reprises la phrase modifiée. Il lui est arrivé d'aller retrouver chez elles des personnes qui, pendant une visite, avaient prononcé les mots proscrits, pour leur faire répéter leurs propos corrigés ; et tant qu'elle n'avait pas obtenu cette rectification, elle montrait de l'anxiété, s'agitait, gémissait, répétait à l'infini pour elle-même la phrase incriminée.

Pour le mot *chose*, M<sup>me</sup> X... ne manquait jamais d'établir une distinction : *chose* ne devant s'appliquer qu'aux objets inanimés, elle exigeait qu'on ajoutât, quand ce mot pouvait désigner des objets animés : *les personnes et les choses*, pour éviter une confusion qui lui semblait de toute importance.

Dans la construction de certaines phrases, la disposition des termes de la proposition devait suivre un ordre bien déterminé ; ainsi, son médecin lui demandait : « Avez-vous bien mangé, madame ? », elle reprenait aussitôt : « Non, il faut dire,



madame, avez-vous bien mangé ? » et forçait l'interlocuteur à se corriger en insistant, donnant pour raison qu'on aurait pu comprendre que le médecin demandait si on avait mangé madame ou bien une côtelette, par exemple.

En dehors de ces bizarreries, M<sup>me</sup> X... était tourmentée par d'autres idées obsédantes toujours pénibles : elle se sentait poussée à mettre le feu chez elle, à frapper ses domestiques, à penser que ses parents, ses amis, étaient des assassins, des voleurs; que ses enfants n'étaient pas ses enfants, etc. Ces obsessions survenaient chez M<sup>me</sup> X... sans que rien les préparât; au milieu de son anxiété, elle formulait spontanément une de ces idées, sans que sa volonté eût le temps d'intervenir pour arrêter ces paroles qui sortaient de sa bouche d'une façon explosive. Et aussitôt, avec tous les signes d'une anxiété profonde, parcourant sa chambre en fléchissant sur ses jambes, se tordant les mains, elle se répétait à elle-même : « Non, non, non, mon fils n'est pas un voleur ; M. X... n'a jamais assassiné personne ; je ne veux pas mettre le feu ; ce n'est pas vrai ! Mes enfants s'appellent M. X... et M. X... » ; et elle disait leurs noms en appuyant fortement sur chaque syllabe ; sa conviction personnelle ne lui suffisant pas, elle venait nous trouver pour nous affirmer cent fois toutes ces choses.

Quelque temps après son entrée, on vint lui demander une signature pour la gestion de ses affaires ; après avoir pris connaissance de la pièce, elle se prépare à la signer, mais aussitôt surviennent des scrupules. Pourra-t-elle signer ? Mettra-t-elle son véritable nom ? Elle se répète : « Je m'appelle M<sup>me</sup> X..., oui, c'est bien mon nom ; je dois signer mon nom. » Avant de se décider, elle veut essayer sur un bout de papier, ce qui n'arrête pas son hésitation ; enfin, après bien des essais infructueux, elle se décide à apposer son nom au bas de l'acte qu'on lui présente. Quelques heures après, notre malade nous revient éplorée, s'accusant d'avoir mal formé une lettre de son nom : elle doit avoir fait un faux, on ne pourra pas lire son nom.

Au milieu de toutes ses obsessions, M<sup>me</sup> X... ne trouvait pas un instant de repos, et l'anxiété était souvent cause de difficultés dans l'alimentation. Les repas de tous les jours venaient ajouter de nouvelles idées de doute : lui présentait-on un bol de lait, elle commençait par refuser, puis hésitait et ne l'acceptait qu'après avoir répété plusieurs fois : « Je bois du lait, c'est du lait, oui, du lait que je bois. » Et aussitôt après avoir terminé : « J'ai bu du lait, on vient de me donner du lait. » Au moment

des repas survénaient encore des obsessions étranges : « J'ai mangé mon fils ! J'ai mangé le Président de la République ! » suivies toujours des mêmes dénégations.

On peut se rendre compte, par l'exposé que nous avons fait, à quel point la vie de M<sup>me</sup> X... était pénible ; l'anxiété ne cédaît à aucun traitement : bains prolongés, opiacés, bromure donné en désespoir de cause. La malade maigrissait, et pour assurer une alimentation suffisante, il a fallu recourir à la sonde œsophagienne.

Plus tard, nous voyons s'ajouter aux obsessions de doute, un symptôme nouveau, dont l'apparition est assez rarement signalée dans ces états ; nous voulons parler des idées de négation. M<sup>me</sup> X... ne peut manger, parce que le conduit est bouché. Ça ne passe plus, il n'y a plus rien, dit-elle en portant la main au cou. La malade retient ses urines et ses selles, sous le prétexte que son corps est vide ; enfin, un jour, elle ne veut pas répondre à nos questions et, d'une voix chuchotée, affirme ne plus pouvoir parler. M<sup>me</sup> X... oppose d'ailleurs une résistance opiniâtre à tous les actes qu'on lui commande, répondant à toutes les sollicitations par son éternel refrain : « Non, non, je n'ai rien fait, je ne veux pas ! »

Un observateur non prévenu la prendrait actuellement pour une démente : notre malade passe la plus grande partie de ses journées immobile, le regard atone, rebelle à toute conversation. Mais si on attire son attention sur des faits touchant à son délire du doute, on s'aperçoit que l'intelligence est loin d'être éteinte, la mémoire des faits récents est encore conservée et l'attitude de la malade s'explique par l'intensité de ses obsessions du doute qui rend impossible l'initiative d'un acte.

*Réflexions.* — Comme nous le disions au début, on tend à faire rentrer les cas que nous venons de rapporter dans le cadre des folies dégénératives ; nous croyons en effet que c'est là leur vraie place dans la classification. Nos malades présentent bien les symptômes, sinon physiques (nous n'en avons constaté aucun de bien accusé), au moins psychiques, des dégénérés tels que les ont décrits MM. Magnan et Legrain dans leur monographie.

Ce sont des déséquilibrés, des « originaux », dont tous les actes sont marqués par des bizarreries, même

avant l'éclosion de véritables délires. Leur entourage a toujours constaté leur manque de logique, le peu de suite qu'ils avaient dans leurs idées.

De plus ces dégénérés sont auteurs de dégénérés porteurs de stigmates plus accusés encore que ceux de leurs parents : Un des fils de M<sup>me</sup> X... est aliéné et a dû être interné à l'âge de dix-sept ans, c'est un fou moral, débile et impulsif. Le second enfant de la même malade nous offre un beau type de dégénéré supérieur, intelligent avec des lacunes énormes dans les facultés : manque de pondération, orgueil, suffisance extrême, absence d'affectivité.

Il nous sera facile, par l'étude des facultés psychiques de nos deux malades, de saisir leur déséquilibre mentale.

Les troubles de la sensibilité sont si évidents que Morel, en désignant l'affection dont nous nous occupons sous le nom de délire émotif leur avait attribué la plus grande importance. Ces troubles se traduisent par l'émotivité exagérée, par des phénomènes d'angoisse continuelle. Le doute poignant qui les obsède, la recherche anxieuse d'une solution qu'ils n'arrivent pas à atteindre, ne pouvaient se peindre par une expression plus heureuse que par le nom donné à ces malades par J. Falret quand il les appelait *les âmes du purgatoire*.

Si les troubles sensitifs frappent de prime abord l'observateur, ils ne sont pourtant pas les seuls à exister. La réflexion et l'étude plus approfondie de ces malades nous montrent que leur émotivité est subordonnée à un trouble plus profond d'une autre faculté : ces anxieux sont surtout des *abouliques* ; ils ne *peuvent* pas vouloir et ils ne *veulent* pas vouloir. L'observation nous confirme cette manière de voir d'une façon remarquable. Après avoir par tous les moyens essayé de retarder un acte, après avoir cherché à éviter l'action par

l'accumulation de toutes sortes d'arguments, les malades arrivent à ce mot qui est caractéristique : « Je ne peux pas ! » ou bien « non, non ».

M. X... ne voulait pas prendre ses lavements, parce que les irrigateurs étaient souillés, parce que les substances qui composaient les médecines pouvaient être dangereuses ; mais si, avec beaucoup de patience et d'habileté, on avait réussi à éviter les objections, et à les écarter, le malade acculé au passage à l'action se retranchait derrière son aboulie. M<sup>me</sup> X... présentait ce symptôme à une plus haute intensité encore ; et toutes les fois qu'on lui proposait de faire quelque chose, avant qu'on eût fini de formuler une question, de conseiller une action, elle répondait par une négation que les objurgations les plus pressantes ne faisaient qu'exaspérer.

A côté de ces troubles de la sensibilité et de la volonté, nous voyons se développer des troubles de l'intelligence caractérisés surtout par des idées obsédantes et par des obsessions ; et nos deux malades présentent chacun l'un de ces symptômes d'une façon caractéristique.

Dans notre première observation nous avons constaté surtout des idées obsédantes : M. X..., prend pour point de départ un fait, le contact de ses mains avec un objet qu'il croit dangereux ; aussitôt l'idée lui vient que ce contact crée pour lui un péril : c'est l'idée obsédante qui s'installe et qui va absorber pour longtemps le malade, l'empêcher de se livrer à toute occupation, le rendre anxieux. Mais l'idée obsédante ne s'est pas installée spontanément, et le contact d'un objet sera nécessaire pour entraîner la pensée sur une pente que la volonté sera impuissante à remonter.

Chez M<sup>me</sup> X..., au contraire, nous constatons des obsessions véritables : Dans un état de tranquillité rela-

tive, une idée jaillira tout d'un coup sans qu'aucun enchaînement préalable d'idées connexes ou qu'un fait viennent la déterminer. La malade qui au début était capable de s'étudier, nous a bien expliqué la spontanéité de ses obsessions, qu'elle ne sentait pas arriver et qui s'imposaient ensuite d'une manière si tenace à son esprit.

Philipp Coombs Knapp (1) exprime d'une façon ingénieuse la genèse des obsessions : elles sont dues, dit-il, à une irritation progressive d'un centre de l'idéation ; le groupe de cellules où l'idée fixe a pris naissance est en permanente activité, domine la conscience, suspend l'activité des autres groupes, et finalement provoque une décharge de la zone motrice. C'est bien ce que nous constatons chez M<sup>me</sup> X..., et ce phénomène s'est présenté avec une intensité très grande.

Il nous reste à signaler une remarque intéressante et qui, croyons-nous, n'a pas encore été signalée dans les observations. C'est l'évolution du délire du doute vers les idées de négation. Nous avons trouvé cet acheminement chez M<sup>me</sup> X..., qui a franchi très rapidement les étapes de son affection. Six mois après son entrée, nous avons vu apparaître quelques idées de négation qui nous ont paru d'abord épisodiques. Mais notre attention s'étant portée sur ce point, nous avons pu constater que cette malade, qui au début doutait de tout, s'interrogeait constamment, avait fini par aboutir à un délire de négation tel que l'a décrit en 1882 Jules Cotard. M<sup>me</sup> X..., après s'être demandé longtemps si elle mangeait et qu'est-ce qu'elle mangeait, en est arrivée à croire qu'elle ne pouvait manger, parce que son tube digestif était bouché, parce qu'elle n'avait plus rien dans

(1). *American Journal of psychology* (1890). The Insanity of doubt.

le corps ; mise en présence de parents ou d'amis qui viennent la voir, elle ne veut pas répondre parce qu'il n'y a personne : il n'y a plus de parents, plus d'amis.

Et cette évolution peut sembler l'évolution logique d'un délire du doute. Après s'être tourmenté en vain pour arriver à une certitude, le malade qui sent constamment lui échapper l'idée d'une réalité, arrive à ne voir une issue que dans la négation qui mettra un terme à ses hésitations perpétuelles. Après avoir longtemps pensé, *peut-être*? il arrive à dire *non*!

L'état physique de ces malades ne saurait être passé sous silence. Nous avons vu qu'ils étaient des ralentis à nutrition défectueuse. L'appareil digestif présente ordinairement une stase marquée ; la constipation est la règle dans ces états, ce symptôme n'a échappé à aucun des observateurs. On pourrait peut-être mettre en corrélation les troubles de l'état mental et l'auto-intoxication produite par le séjour prolongé des matières usées dans le tube digestif. L'état anxieux accompagné d'éréthisme nerveux provoque un amaigrissement notable, à la suite du défaut d'alimentation et surtout de la mauvaise assimilation des ingesta.

Aussi croyons-nous qu'une des indications principales dans le traitement de ces affections doit être d'assurer la désinfection des voies digestives, et l'évacuation régulière des résidus alimentaires par des lavages intestinaux et les antiseptiques spéciaux du tube digestif.

L'hydrothérapie sous toutes ses formes aura pour but de stimuler la nutrition et par le bon fonctionnement de la peau de provoquer une abondante élimination de toxines.

Le traitement moral, en encourageant le malade à réagir contre ses obsessions et à s'abstraire de ses idées noires, rendra également beaucoup de services.

Nous conclurons ce travail en disant que si la folie

du doute et le délire du toucher se distinguent par des symptômes certainement très précis, toujours retrouvés dans les observations au point qu'on a été tenté d'en faire une entité morbide, ils n'en doivent pas moins malgré cela être rangés dans les dégénérescences : « ce syndrome fait corps avec l'état mental lui-même du dégénéré, et il n'en est qu'un des aspects contingents » ; c'est un des syndromes épisodiques de la folie des dégénérés, comme l'ont si bien dit Magnan et Legrain.

## Législation

### DES SORTIES D'ESSAI

ET

### DES CONGÈS DE DISTRACTION

Par le Dr P. HOSPITAL,

Médecin en chef de l'asile Sainte-Marie,  
à Clermont-Ferrand.

Dans les premiers jours de mai 1902, la préfecture du Puy-de-Dôme, adressait au directeur de Sainte-Marie, la communication suivante :

« ..... J'ai remarqué que depuis plusieurs mois, les  
« sorties provisoires à titre d'essai pour quinze jours ou  
« un mois deviennent de plus en plus fréquentes et  
« tendent à devenir la règle, tandis qu'elles doivent être  
« l'exception. Cette façon de procéder doit être em-  
« ployée rarement, la loi de 1838 ne l'ayant pas prévue.  
« J'ai, en conséquence, l'honneur de vous faire con-  
« naître que je n'autoriserai les sorties à titre d'essai  
« d'aliénés placés d'office qu'autant que MM. les Méde-  
« cins certifieront que la sortie demandée peut avoir  
« pour effet de hâter la guérison et que le malade ne  
« peut être dangereux pour l'ordre public ou la sécurité  
« des personnes. Les sorties d'essai des aliénés placés  
« par leurs familles devront être soumises aux mêmes  
« conditions. J'ajouterai que les placements d'office



« constituent une mesure prise dans un intérêt de mesure  
« générale et que, par conséquent, l'Administration pré-  
« fectorale, tout en examinant avec bienveillance les  
« les demandes de mise en liberté présentées par les  
« parents des aliénés est seule juge de l'opportunité de  
« la sortie. »

Cette communication qui, au premier abord, paraît assez anodine, n'en porte pas moins une grave entrave au libre exercice de la psychiatrie dans les établissements. J'ai donc songé à examiner de près la question, tant dans notre intérêt que dans celui des malades confiés à nos soins.

Jetons d'abord un coup d'œil rapide sur les lois et règlements.

A peine la sage loi organique sur les aliénés du 30 juin 1838 était-elle promulguée et mise en vigueur dès le 3 juillet, qu'elle ne tardait pas à être attaquée par des objections, des critiques et plus tard par de violentes diatribes, où la passion l'emporta parfois sur la raison. Elle n'est pas parfaite sans doute, rien ne l'est en ce monde; mais il faut reconnaître qu'elle a du bon puisqu'elle a résisté aux nombreux assauts qui lui ont été donnés, qu'elle fonctionne encore depuis soixante-quatre ans, qu'elle a fait interner des centaines de mille de malades sans qu'il en soit résulté aucun procès sérieux en abus d'autorité. A l'usage on a certainement reconnu, comme pour tout, la nécessité de perfectionnements, de détails, de modifications et d'adjonctions; de nouvelles situations, de nouvelles nécessités qui avaient, dans le principe, échappé au législateur, se sont fait jour à la longue et méritent d'être prises en considération. Mais, de ces modifications utiles à d'inextricables et souvent impraticables complications, il y a loin, et parfois à force de perfectionner les rouages, on finit par ne plus pouvoir s'en servir. Peu d'années après sa mise en fonctionne-

ment, la dite loi revint au Sénat, fut défendue par M. de Barthélemy et sortit victorieuse de cette épreuve. Plus tard attaquée violemment en 1867, par le D<sup>r</sup> Turk, elle passa encore au Sénat, ce fut M. Suin qui fut rapporteur. Ses conclusions furent que la loi était bien faite et qu'il n'y avait qu'à y ajouter quelques modifications.

Cependant les observations du D<sup>r</sup> Turk, les affaires retentissantes de Sandon, de du Puyparlier, de Teulat, engagèrent les légistes à poursuivre la campagne; en juin 1870, projet de réforme présenté par MM. Gambetta et Magnin : 82 articles dont l'un d'eux se termine ainsi : «..... la science aliéniste n'étant pas encore assez éclairée..... ». Peu flatteur pour nous, dont plusieurs étaient déjà en fonctions à cette époque; mais je ferai remarquer qu'il n'y a guère qu'une quarantaine d'années, qu'il existe une chaire de Psychiatrie dans les Facultés de médecine, que la clinique des maladies mentales est encore entourée d'impédimenta, que dans beaucoup d'écoles-préparatoires cette belle science englobée dans les affections cérébrales, y est à peu près inconnue, *a fortiori* les parties légales et administratives. Plusieurs travaux furent donc préparés, et en 1884, le D<sup>r</sup> Luys prononçait à l'Académie de médecine un excellent discours touchant les réformes à faire, belle page, qui écrite par un aliéniste de carrière, est frappée au coin de l'expérience. Déjà une tentative semblable avait été lancée en 1887, le Sénat vote le projet de refonte Roussel; si on suit les débats dans le *Journal Officiel*, on constate que la discussion s'égare et se dilue dans des dissertations philosophiques, et dans des subtilités, qui sont plutôt ressortissantes à des dialecticiens, qu'à des praticiens; et cependant quels beaux travaux, sur cette question pour n'en citer que quelques-uns, tels que : Marandon, Luys, Foville, Ritti, Dagonet, Giraud,

Lunier, qui tous ont creusé un sillon lumineux dans l'histoire de la législation des aliénés. A cette même époque, honoré de l'amitié de M. l'inspecteur-général Lunier, je lui soumis l'idée de provoquer (comme plus tard on l'a fait pour l'alcoolisme) une sorte de référendum, de tous les aliénistes et directeurs français, au moyen duquel chacun aurait consigné ses propres observations ; que de petits faits utiles on aurait recueilli, quel incomparable dossier !

Quoiqu'il en soit, le nouveau texte, qui moisit depuis seize ans dans les cartons, après avoir subi différentes retouches, entre autres du Conseil supérieur, devrait bien être promulgué ; c'est la même ossature que la Loi de 1838, mais avec modifications et augmentations qu'on peut regarder comme d'utiles perfectionnements.

La loi de 1838 n'a pas mentionné les « sorties d'essais » ; le germe et comme l'acheminement en est contenu dans le règlement général des asiles publics du 20 mars 1857, article 170, et dans le règlement spécial à Sainte-Marie du 1<sup>er</sup> février 1865, article 101 ; en voici la teneur : « Aucun aliéné ne peut faire de promenades extérieures s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière ou, pour les aliénés placés volontairement, s'il n'est confié à un parent ou à un ami qui prend la responsabilité de la surveillance du malade au seuil de l'établissement. La permission de « sortie » délivrée par le médecin et visée par le directeur doit mentionner le nom de la personne qui accompagnera ou recevra le malade et déterminera la durée de l'absence ». Il ne s'agit ici évidemment que du « congé de distraction », de courte durée et habituellement diurne ; mais ça n'en est pas moins une sortie, et pour l'aliéniste elle est « d'essai » ; nous y reviendrons plus loin. Enfin la future loi se montre à son tour absolument explicite par l'article 49 dont voici le texte :

« Les médecins des établissements autres que ceux  
 « mentionnés à l'article 38 (aliénés criminels) peuvent,  
 « à titre d'essai, autoriser la sortie des malades pour  
 « la durée d'un mois. Les sorties de plus d'un mois  
 « doivent être autorisées par le préfet après avis du  
 « médecin-inspecteur. Mention de ces mesures est faite  
 « sur le registre prescrit par l'article 21, et notification  
 « en est adressée au préfet, au procureur de la Répu-  
 « blique et au maire de la commune. Ce dernier, en  
 « cas de rechute du malade pendant son congé, doit  
 « veiller à sa prompte réintégration. » L'esprit de cet  
 article est bien que le congé aura lieu dans le but  
 exclusif d'achèvement de guérison, puisque nous y  
 trouvons ces mots : « ... en cas de rechute (et non de  
 « récédive) du malade pendant son congé » ; mais cet  
 objectif s'appliquant aux maladies mentales, doit avoir  
 une envergure beaucoup plus large, des applications et  
 des interprétations plus nombreuses, que pour les ma-  
 ladies physiques, et que seule, l'expérience de l'aliéniste  
 traitant peut lui faire discerner et apprécier à leur  
 valeur. L'article précité ne fait aucune différence entre  
 les « volontaires » et les « offices » ; de plus, il semble  
 que les pouvoirs publics ne devront être instruits qu'à  
 partir de plus d'un mois de congé. Enfin le mot  
 « rechute » indique que la sortie d'essai pourra porter  
 sur des individus non encore complètement guéris,  
 qu'en tout cas ces sorties auront toujours un objectif  
 curatif, c'est-à-dire de malades soit convalescents, soit  
 dans un état de guérison, non encore solide; le mot  
 « essai » est suffisamment explicite.

Quand le législateur se décide à construire une loi  
 organique, c'est qu'il a déjà rassemblé un nombre con-  
 sidérable de matériaux, de faits, de desiderata qui lui  
 indiquent qu'il n'est que temps d'organiser, réglementer,  
 codifier « quelque chose » pour en assurer désormais la

légalité et le fonctionnement régulier dans l'intérêt de tous.

Par quelles circonstances le projet de loi de 1887 a-t-il été amené à incorporer dans son texte l'article 49 précité, relatif à l'emploi humain et curatif des sorties et congés d'essai? « Qui a provoqué, de concert avec « l'administration et sous leur responsabilité, la mesure « des congés, si ce n'est les médecins aliénistes?... » (D<sup>r</sup> Samuel Garnier. *Législation*, année 1892, p. 408). Tout simplement parce que depuis longtemps déjà, les médecins aliénistes convaincus par l'expérience, de l'utilité de ces essais, encouragés par l'article 170 du règlement général de 1857, n'ont pas attendu une nouvelle loi pour user d'un moyen qui est à la fois concordant avec la thérapeutique mentale et l'altruisme. Il s'est même formé, à cet égard, en France et dans d'autres nations, un courant d'idées libertaires, qui dépasserait de beaucoup la mansuétude de l'article 49. A tout prendre, les colonies d'aliénés agricoles, Gheel et autres, les asiles ruraux, les établissements à portes ouvertes, l'*open-door*, ne sont qu'une série de sorties d'essai, élevées à l'état de principe. La question a également été traitée, et affirmativement, dans plusieurs discussions à la Société médico-psychologique de Paris. Dans ces séances, Lasègue, Espiau de Lamaestre et Legrand du Saulle, s'y montrèrent, seuls, peu favorables; à l'appui de leur thèse, ils excipaient de raisons très fortes, j'en conviens, mais appuyées sur des faits qui sortaient vraiment de l'ordinaire.

La loi anglaise et écossaise permet de recevoir dans certains asiles d'aliénés, des pensionnaires libres sans pièces, ni décision autre que la leur; la future loi française, article 16, admet cette disposition et la réglemente.

En Angleterre, les malades tranquilles sont con-

duits aux courses d'Epsom, d'Oxford, et promenés dans Londres.

« ... Actuellement les malades idiots ou déments  
« sortent au dehors avec leurs parents à qui jé les  
« confie..... Un autre est conduit chaque mardi dans sa  
« famille à 8 heures du matin et ne rentre que le soir  
« vers 9 heures..... Des malades atteints de délire de  
« persécution au premier degré, mais étrangers à la  
« ville, sortent chaque jour *non accompagnés* pour faire  
« une promenade de deux ou trois heures dans les  
« environs..... Le frère d'une phobique qui habite loin  
« et ne peut venir voir sa sœur qu'une fois par an,  
« arrive le matin, passe la journée avec elle; ses visites  
« durent parfois cinq ou six jours consécutifs... »  
(D<sup>r</sup> Rouby, *Ann. méd.-psych.*, 1896, p. 376). Voilà des congés qui équivalent à des sorties d'essai.

« ..... A Charenton les sorties sont fréquentes, aussi  
« fréquentes que les circonstances le permettent; tels  
« de nos pensionnaires sortent toutes les semaines, tel  
« autre tous les mois; l'un va dans sa famille le matin  
« et rentre le soir; d'autres y restent plusieurs jours et  
« jusqu'à un mois et plus, chaque année. Il en est qui  
« vont passer quelques semaines à la mer ou à la cam-  
« pagne. *Les sorties d'essai sont d'un usage si habi-*  
« *tuel qu'il est rare qu'un pensionnaire sorte définiti-*  
« *vement avant d'avoir passé par cette épreuve.* Si,  
« en général, ceux qui sortent sont accompagnés, il en  
« est cependant qui peuvent sortir tout seuls... »  
(D<sup>r</sup> Christian, médecin de Charenton. *Ann. méd.-psych.*,  
févr. 1897, p. 70).

« ..... Le médecin donne à l'asile d'aliénés la physio-  
« nomie qu'il doit réellement avoir. L'asile cesse d'être  
« une « renfermerie »... Il devient la maison de santé  
« véritable, l'hospice où le malade est soigné, où il jouit  
« de toute la liberté qui peut lui être accordée et dont

« la porte ne reste fermée que s'il le faut absolument. »  
 (Id.)

« ..... Il me semble que l'esprit de tous les aliénistes  
 « Français est en faveur des sorties à titre d'essai ; en  
 « règle générale on est pour une plus grande liberté  
 « en faveur des malades ; ceux-ci naturellement étant  
 « bien observés avant de leur octroyer cette liberté.  
 « Pour moi, je suis extrêmement large sur ce point...  
 « et jamais, jusqu'ici, je n'ai eu d'ennuis ; je connais  
 « bien, en effet, mes malades et leurs parents, et je  
 « sais qui je confie et à qui je confie..... » (D<sup>r</sup> Ritti,  
 médecin de Charenton.) « Je n'étonnerai personne, Mes-  
 « sieurs, en faisant des sorties à titre d'essai, de nos  
 « malades convalescents, une question essentiellement  
 « thérapeutique. Appliquées surtout aux mélancoliques,  
 « elles constituent un puissant moyen de traitement,  
 « dont notre devoir est d'user dans la plus large me-  
 « sure. Malheureusement sur ce point comme sur tant  
 « d'autres, le médecin vient se heurter contre des obs-  
 « tacles administratifs et même légaux qui rendent  
 « souvent sa tâche très difficile au grand détriment de  
 « ses malades... » (Ritti, disc. Soc. méd. psy. 1902.)  
 — Puisqu'on est si généreux de sorties d'essai, on  
 pourrait dire de plaisirs, pour les riches ou « pension-  
 naires », pourquoi en serait-on avare pour les pauvres  
 ou « offices » ?

L'aliéniste traitant qui accorde une sortie ou un  
 congé d'essai à l'un de ses administrés, en dehors de la  
 considération d'humanité, est en partie convié à cette  
 détermination, *a priori* par la considération suivante,  
 c'est que ces extériorisations temporaires sont moins  
 dangereuses qu'on pourrait l'admettre. En effet, un sta-  
 tisticien affirme qu'il y a en France 1 aliéné pour 400 ha-  
 bitants, soit un total de 90.000 pour tout le pays ; il y  
 en a 45.000 d'internés dans 104 asiles dont 17 pour la

Seine, soit = 4.300. Si ces données sont vraies et même en les regardant comme exagérées, ce qui est probable, car on a dû y ajouter une légion de « minus-habens » qui ne sont pas à proprement parler des aliénés, il n'en reste pas moins acquis qu'un nombre considérable de ces malades vit sans danger dans la société, que si les journaux relatent de temps à autre des faits criminels ou simplement délictueux afférents auxdits malades, ces faits évidemment toujours regrettables sont l'infime minorité et le plus souvent accomplis comme débuts de cas aigus, instantanés, quelques-uns douteux, ou par des tranquilles, des névropathiques, même des endormis, pris subitement d'une frénésie qui défie tout pronostic. Si donc un grand nombre de maniaques et autres déséquilibrés peut évoluer dans le monde sans danger pour la société, pourquoi être si avare de sorties provisoires, pour des malades que l'aliéniste traitant connaît infiniment mieux, que ceux qu'il a pu avoir à traiter dans la clientèle. En outre, il n'y a pas d'asile aujourd'hui dont un certain nombre d'internés n'aille journellement en ville, pour commissions ou promenades ; c'est ce qui a lieu à l'établissement de Clermont-Ferrand ; et jusqu'à présent nul désagrément ne s'est produit. Il n'y a qu'à bien connaître son personnel, et à bien choisir son monde.

Ce n'est pas seulement dans ce que nous offre la statistique de favorable aux sorties d'essai que nous devons nous éclairer ; nous pouvons encore consulter les auteurs : « ... 1<sup>o</sup> On pourrait laisser dans la famille « sans les envoyer à l'asile, et moyennant une subven-  
« tion annuelle donnée aux parents, les aliénés cons-  
« tamment dociles et inoffensifs ; 2<sup>o</sup> parmi les aliénés  
« chroniques traités dans les asiles il en est un certain  
« nombre qui, après avoir été dangereux à une autre  
« époque, sont devenus dociles et inoffensifs. Dans le cas



« où ces malades auraient encore des parents disposés à les recevoir, il serait possible de les renvoyer dans leurs foyers moyennant une subvention annuelle. » (*Aliénés*. Ach. Foville, p. 179.) Très bien, voilà qui distance nos modestes congés d'essai, et qui nous rapproche du titre 1<sup>er</sup>, art. 8 de la future loi, relative aux aliénés. Si un aliéniste de la compétence de M. le D<sup>r</sup> Foville admet que certains aliénés inoffensifs peuvent être laissés chez eux, quel inconvénient voit-on à envoyer de temps à autre dans la famille, en congé, les internés qu'une suffisante observation fait juger inoffensifs, surtout si on pense que ce déplacement peut être de quelque utilité à la guérison? De plus c'est tant que d'économisé pour les deniers publics, puisqu'il y a défalcation des journées d'absence. Pour les malades d'office traités chez eux moyennant rémunération, je pourrais soulever quelques objections, mais qu'il serait trop long d'exposer ici. Autre citation : « ... Quant aux inquiétudes du médecin de la Préfecture de police, relativement au désordre et aux accidents qu'est susceptible d'entraîner « l'Open-door » (portes ouvertes), je lui répondrai par ce qui se passe à l'étranger. Il aurait le droit d'invoquer à juste titre la différence des milieux et des mœurs; mais dans mon service depuis huit ans, j'affirme que non seulement la plus extrême liberté est compatible avec le bon ordre et la discipline, mais ce qui est mieux, c'est qu'elle assure davantage l'un et l'autre. ... » (D<sup>r</sup> Marandon de Montyel, « Open-door ». *Ann. méd. psych.* décembre 1896, p. 390.)

Outre les considérations précédentes, il y en a une qui les prime, et à laquelle l'aliéniste ne saurait rester indifférent : c'est celle qui a trait à la cure du malade. En effet, les congés de distraction, et les sorties plus prolongées, peuvent dans bien des cas améliorer l'aliéné :

en adoucissant son sort, en desserrant les liens qui le retiennent à l'asile, en lui procurant de la distraction, et en le retrempant temporairement dans la famille et dans la société. En principe, le médecin d'Asile ne doit accorder les sorties provisoires qu'à titre curatif, en prenant ce mot dans sa plus large acception, car c'est un de nos meilleurs moyens; lui seul, de par son expérience, et sa connaissance individuelle de ses administrés, peut décider s'il y a lieu ou non d'accorder ces gracieusetés : les lois, circulaires et règlements, sont organisateurs, mais nullement un codex médical ou un traité de thérapeutique; ils n'ont d'ailleurs puisé leurs éléments constitutifs et leur raison d'être que dans les données médicales. Mais c'est au médecin-traitant seul que revient le droit et le devoir d'employer curativement les sorties et congés; lui imposer, à cet égard des restrictions (à moins des renseignements particuliers seulement connus des bureaux, et trop souvent ignorés du médecin, tel par exemple : le procès-verbal d'enquête), c'est empiéter sur ses prérogatives, douter de son savoir, de sa prudence; c'est enfin lui enlever un moyen d'amélioration, et une précieuse « pierre de touche » pour acquérir la certitude de la guérison. Là où le médecin serait coupable et où il mériterait d'être blâmé, ce serait s'il faisait sortir par intérêt, insouciance ou faiblesse, un malade qu'il pourrait croire dangereux, ou un affaibli à qui on pourrait faire signer quelque acte regrettable; dans certain cas, un aliéné en période lucide peut donner sa procuration, même tester : *a fortiori*, s'il était en sortie provisoire, par ce fait même qu'il serait considéré en amélioration.

La sortie d'essai préalable à l'exeat définitif en cas de guérison, ne serait pas nécessaire si cette guérison pouvait être affirmée par nous franche et durable; mais il n'en est que rarement ainsi. Tout autre est l'aliéné en

internement qu'en liberté; les « *circumfusa* » qui l'entoureront à sa sortie peuvent le faire rechuter, et c'est là précisément que les « *essais* » auront leur utile point d'application : « ... En ce qui concerne la guérison, on s'est demandé bien des fois quels en sont les caractères et à quel moment on peut ou on doit la constater; la cessation d'un accès de manie intermittente, la rémission d'un état hallucinatoire, la succession du calme à l'agitation, sont dans bien des cas des signes trompeurs auxquels on a souvent regret de s'être laissé prendre. La réapparition prochaine des accidents prouve peu après que la disposition morbide ne fait que sommeiller, que la guérison n'était pas complète, et que le malade était à peine entré dans la période de convalescence... L'expérience nous apprend chaque jour qu'il y a une grande distance entre la cessation du délire et le retour à la raison. » (Dagonet, *Trait. mal. ment.*, 1862.) Ces lignes sont un éloquent plaidoyer en faveur des sorties d'essai. « ... Ne sait-on pas aussi, nous n'avons pas l'intention d'en aller chercher les nombreuses preuves scientifiques, qu'il y a des individus parfaitement aliénés et qui sont assez maîtres d'eux-mêmes pour en imposer et cacher leur folie aux yeux de ceux qui les observent; ce sont quelquefois les malades les plus dangereux. » (Réformes à introduire dans la loi de 1838, H. Dagonet, 1891.) Raison de plus pour essayer de la sortie temporaire. La dissimulation chez certains monomaniaques est fréquente et parfois si habile, surtout dans l'asile, loin des causes excitatrices, alors qu'ils se sont ressaisis, que l'on peut s'y laisser prendre, surtout si le malade, d'abord imprudent aux premiers interrogatoires, se rectifie ensuite et devient assez défiant pour nier carrément ce qu'il avait avoué : Marandon, Larroussinie, Parant, et d'autres, en citent de nombreux

exemples. Souvent ils décèlent dans leurs écrits, ce que leur défiance en éveil leur avait fait dissimuler pendant l'interview. Il en est qui ne se souviennent plus, ou n'ont conservé qu'un souvenir confus, des frasques de la période tumultueuse du début, et qui un peu assagis par la brusquerie de l'internement, peuvent nier avec étonnement; néanmoins il n'y a pas à s'y fier, ni à prendre leurs allégations pour argent comptant.

A quels signes certains reconnaitrons-nous donc qu'un aliéné est guéri, puisque les citations précédentes sont si peu encourageantes. Admettons d'abord qu'il y a plusieurs espèces de guérisons : le pseudo-dément, le mélancolique, l'anxieux ne se présenteront pas à nous, une fois rétablis, de la même manière que l'extravagant, le maniaque aigu, le mégalomaniaque, le délirant général. Delasiauve, autrefois, avait étudié avec soin « les formes mentales »; ce travail remarquable fait par un aliéniste consciencieux, est de nature à nous rendre prudent en fait de diagnostic : un concentré misanthrope devient tout-à-coup vultueux, de pâle qu'il était, bavard, verbeux, extériorisé; le même phénomène, en sens contraire, se manifeste chez un autre; vous empresserez-vous de les regarder guéris ou sur le point de l'être ? Eh non, car vous ne serez qu'en présence d'une « forme mentale »; et les monomaniaques, et les déséquilibrés initiaux; et les tempéraments fous, et les intermittents, et les circulateurs; quand estimerez-vous qu'ils sont guéris ?

Prenons, si vous le voulez, le cas le plus simple : un cas de manie aiguë; certes l'individu malade sera bien le même que celui ensuite guéri, matériellement. Mais ce ne sera pas le même pour vous dans les deux situations : autant le premier aura été extravagant d'idées, de gestes, de séparation du reste du monde, autant le second sera calme, posé; tout son habitus respirera un air d'affabilité et de réserve, sa physionomie sera

reposée, ses réponses lucides et sobres, sa mémoire revenue; il s'en remettra à vous du soin de sa sortie. Si à cela vous ajoutez le retour régulier des fonctions physiologiques, et parfois un certain embonpoint, vous touchez au but. Mais c'est là l'exception: « chaque cerveau est un monde », a dit un philosophe: quand on opère un aveugle de la cataracte et qu'il voit ensuite clair, il y a un critérium matériel de la guérison; pour celle de la folie, où est-il? Employons donc la pierre de touche des sorties d'essai: de même qu'on réaccoutume progressivement un estomac débilité à un régime de plus en plus substantiel, de même les congés et sorties d'essai sont destinés à réaccoutumer peu à peu l'aliéné convalescent à la société, à la liberté et à la réintégration dans ses droits.

Nous ne sommes plus au temps des cachots, des cellules grillées, des carcans, et même des « sûretés »; n'oublions pas un principe qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que nos aliénés ne sont pas des criminels, qu'il sont internés en vertu de lois protectrices de la société et d'eux-mêmes, et non par suite de jugements rendus par des tribunaux; que l'arrêté préfectoral de placement d'office n'a pas la durée définie et limitée d'un arrêt; que tout cela s'éteint dès que l'aliéné est guéri ou seulement non dangereux, sans le moindre casier; qu'enfin le principal objectif de l'internement est le traitement; et que dans ce traitement les sorties temporaires et les congés de distraction sont un important facteur qu'on aurait tort de négliger. Pour essayer de guérir un aliéné, il faut donc d'abord le placer dans une maison de santé (les traitements à domicile sont presque impraticables). La maison de santé pour aliénés existe depuis l'antiquité; il y en avait à Rome tenues par des particuliers, et Saglio dans son Dictionnaire nous en donne la description, ainsi qu'un rudiment du règle-

ment; et le « *anticyrum navigat* » d'Horace, sous une forme plaisante, nous apprend et le séjour et le remède appliqué aux maladies mentales.

La maison de santé actuelle se présente à nous sous un triple aspect : maison de santé proprement dite, pour cas aigus, sympathiques, accidentels, etc... (présentant plus ou moins d'espoir de guérison par un traitement suivi et intéressant à la fois l'esprit et le corps) ; hospice, pour les chroniques, les paralytiques, apsychiques innés ou acquis, les incurables (il n'y a plus qu'à les assister, et à traiter, aux cas échéants, les complications intercurrentes) ; détention pour les délinquants, les déséquilibrés, les circulateurs, les effrénés, les alcooliques (il est bien certain que pour ceux-ci, l'asile est plutôt pénitencier que manicomie). Et cependant, des crimes ou des délits sont parfois perpétrés sous l'influence soit du sympathisme organique, soit d'un état passionnel névromental qui, étant comme un accident dans la vie d'un individu, est susceptible de traitement et de guérison. Quoi qu'il en soit et de quelque manière qu'on envisage une maison de santé, nous ne devons pas oublier que pour nous sa principale caractéristique doit toujours être « le traitement », et notre but « la guérison ». N'a-t-on pas vu des malades guérir après dix, vingt et trente ans, des criminels s'amender au point de reprendre sans danger la vie sociale, des apsychiques récupérer leur entendement, et des mourants revenir à la santé ! Car la pathologie des gens sains d'esprit diffère de celle des aliénés, souvent marquée par l'intervention d'éléments névropathiques qui égarent le diagnostic et rendent le pronostic hésitant.

Le médecin traitant qui est partisan des sorties d'essai, les bornera-t-il uniquement à la corroboration de la guérison, à l'achèvement de la convalescence, à un moment d'accalmie, dans l'espoir incertain d'en prolon-

ger la durée, en appliquant un remède moral à un mal moral? ou pourra-t-il en user dans d'autres circonstances? Je le crois; citons-en quelques-uns: les mourants ou du moins les bien malades, que les familles désirent pour des motifs de convenances voir décéder dans le foyer; ne sera-t-il pas prudent de n'accorder qu'une sortie provisoire? le soi-disant mourant étant insupportable, ou contre toute probabilité récupérant la santé physique (non l'autre), ou prolongeant indéfiniment son état valétudinaire; les phthisiques, les sitiophobes, les nostalgiques, qu'un changement d'air et de milieu peut améliorer; les malades non dangereux pris tout d'un coup du désir irrésistible d'aller voir ce qui se passe chez eux, et puis entrant en fureur, exaspérant leur état mental (pendant lequel ils laissent entrevoir des traces de délire qu'on avait vainement cherchées), et qui finissent par s'échapper pour revenir exactement au jour dit; certains malades presque guéris, qui ont des intérêts à régler, etc... (pour ces derniers pourquoi ne pas leur permettre un déplacement? mais accompagnés d'un gardien sage et sûr); les femmes enceintes: il est pénible de faire naître quelqu'un dans un asile, les familles pourraient en outre en être mortifiées; de plus, les asiles sont assez mal outillés pour l'obstétrique, et la présence d'un tout petit enfant ne serait peut-être pas sans danger pour lui, malgré toute surveillance. Je pense donc que lorsque l'état mental de l'intéressée ne présente aucune contre-indication, dans les approches de la délivrance, il vaut mieux la rendre « provisoirement » à sa famille, ou à défaut la placer à la Maternité, sauf à la reprendre ensuite si l'état mental persiste.

Collatéralement aux avantages curatifs des sorties d'essai, il y en a d'autres, dont nous allons parler. Dans ces derniers temps, si les sorties temporaires se sont multipliées, c'est que les familles les ont formellement

exigées : plusieurs d'entre elles, instruites par l'expérience des sorties antérieures trop pressées, ne veulent retirer leur « guéri » qu'à l'essai ; il n'y a qu'à déférer à leur demande. D'ailleurs, en cas de sortie définitive, bientôt suivie de réintégration nécessaire, ce sont toujours des frais, un regain de publicité qui irrite la famille, lèse sa réputation et souvent ses ressources ; le guéri qui rechute rapidement est plus sévèrement jugé par le public que le « convalescent » en congé, qui a pour lui l'espoir : si on le réintègre, c'est que, dit-on, il n'a pas fini son traitement ; mais il va mieux certainement et... il guérira ! Le convalescent en sortie d'attente n'ignore pas qu'un fil d'Ariane le joint encore à l'asile, qu'à la moindre incartade il sera recoffré *illico*, sans autre forme de procès : il fait donc des efforts sur lui-même pour se vaincre, et devient dès lors son propre et plus utile médecin ; c'est ainsi que quelques guérisons s'accomplissent à l'extérieur, qui étaient à peine ébauchées « *intra muros* ». — Le malade sort définitivement comme guéri, récupère « *ipso facto* » sa personne civile, et ne serait-ce que pendant vingt-quatre heures, peut effectuer des contrats regrettables ; en sortie provisoire il appartient à l'asile, il n'est encore que comme un élève de sortie, ce qui peut permettre de réparer certaines dispositions. Nous voyons qu'en cas de sortie définitive bientôt suivie de nécessité de réintégration, il faudra recommencer les pièces, ce qui répugne aux familles, pour les pensionnaires. Ce sera bien pire pour les « offices » ; il faudra recommencer toute la série de démarches : procès-verbal, certificat, vote municipal, envoi à la préfecture, retour, décision, etc... ; le tout avec pertes de temps, d'argent, multiplicité d'écritures, et ennuis variés. Refuser la sortie d'essai dans certains cas, c'est reculer la guérison, et par conséquent forcer la famille, la commune, le département, à conti-



nuer les frais parfois très longtemps, au lieu de les arrêter net à la sortie d'essai. Quand rien ne fait présager un inconvénient sérieux pour la sécurité publique ou pour la personne, pourquoi refuser un congé, qui même en dehors de la question curative pourrait être essayé utilement, si les proches en acceptent avec empressement la responsabilité? Empêchez-vous un inoffensif d'aller voir un parent à l'agonie, ou d'assister à une réjouissance familiale, alors qu'un refus exaspérera l'intéressé, amènera du froid entre son médecin et lui (si ça n'amène pas plus!), rendra la cure difficile et le pronostic incertain. Quand une famille vient de loin (et c'est souvent le cas pour l'asile de Clermont-Ferrand, qui reçoit des « offices » de plusieurs départements et de petits pensionnaires d'un peu partout), après s'être lardée pour venir voir son malade, et le trouvant mieux, manifeste le désir de l'emmener quelque temps dans ses foyers, pour juger par elle-même si cette amélioration ne s'accentuera pas au sein familial, si le médecin n'y voit pas d'inconvénients, aura-t-il la dureté de refuser? Et si après ce refus le malade contrarié s'aggrave, la famille ne l'accusera-t-elle pas de parti pris ou d'ignorance? C'est donc sur lui que tomberont les récriminations. Beaucoup de familles se gênent pour entretenir leur malade; à la longue, lassées ou ne pouvant plus payer, elles le retirent: n'est-il pas prudent de ne le leur donner qu'en essai pendant quelque temps? Si celui-ci réussit, tant mieux; s'il échoue, on le ramène. Ces essais sont fréquemment demandés par les parents; si sans raison sérieuse on le leur refuse, irrités, ils ne paient plus du tout, et c'est le département qui devra à l'avenir passer à la caisse: avec de la conciliation et de l'expérience, on eût peut-être évité toutes ces complications.

Une autre catégorie de malades bien curieux, est celle de ceux qui ne veulent pas sortir; ce sont en général de

certain individus assez lucides pour comprendre qu'il n'y a rien à faire pour eux dehors, par suite d'isolement, d'âge, d'état maladif, de profession ou de métier non défini : on comprend que ceux-là préfèrent le certain aux « aléa ». D'autres ne se sentent pas assez sûrs d'eux-mêmes (exemple : les impulsifs entre autres), et estiment qu'une prolongation de traitement leur est nécessaire. « ..... Deux autres aliénés, l'été dernier, refusaient de partir et demandaient subsidiairement que leur départ fût ajourné..... (D<sup>r</sup> Bonnefons, Leyme, 1863). » Moi-même, je mis en liberté deux hommes d'office qu'on estimait guéris : ils partirent avec quelque argent en poche, et on les croyait loin, lorsqu'ils revinrent le soir, sans avoir dépensé un sou.

Étaient-ils guéris ? évidemment non, et une simple sortie provisoire dans ce cas eût simplifié les écritures. Et ceux qui sortent après vingt ou trente ans, allez-vous les jeter ainsi dans une civilisation qui leur est inconnue, dans une société qui n'est plus celle d'antan, dans un « *modus vivendi* » qu'ils ont perdu de vue ? Ne sera-t-il pas prudent de les tâter par cette sorte de « *mezzo termine* » qu'est la sortie d'essai, pour leur donner le temps de se réacclimater à la liberté, et de vérifier si leur entendement longtemps oppressé se réadaptera au mécanisme des obligations sociales ? Il y a mieux : quelques malades déshabitués de l'extérieur ne tardent pas à revenir se réfugier à l'asile, qui est devenu pour eux la seconde petite patrie.

Nous avons dit que les journées « d'essai » étaient défalquées pour les placements d'office. Pour les pensionnaires, l'Asile de Sainte-Marie, toujours très convenable dans ses relations avec les parents des malades, ne fait pas de difficulté à abaisser le « débet » dans les cas de sorties provisoires ; et bien que le mois écoulé soit dû, s'il n'est entamé que de quelques jours, il a égard à

la situation financière des intéressés quand celle-ci le mérite. Je suppose maintenant qu'on retire un pensionnaire guéri, dix jours avant l'échéance du mois commencé ; quels inconvénients y a-t-il à mettre ces dix jours, qui en réalité lui appartiennent puisqu'ils sont soldés, sur le compte d'une sortie d'essai ? En tout cas c'est prudent.

Avant d'accorder une sortie provisoire ou même un congé de distraction, le médecin traitant devra s'entourer de certaines précautions : d'abord « revoir » à fond son malade, et recourir aux observations de son personnel nosocomie, qui parfois pourra peut-être bien le faire réfléchir ; s'informer du genre de filiation qui obtempère à la sortie ou qui la sollicite, si toutefois, le « placeur » n'a préalablement formulé au bureau de l'Asile, verbalement ou par écrit, aucune opposition. Il y a des familles divisées par deux courants contraires, relativement à l'internement de leur parent : il pourrait en résulter, pour l'aliéniste qui n'y regarderait pas de très près, des surprises fort désagréables, et qui pourraient même aller fort loin. En cas d'hésitation, il fera bien de se procurer le procès-verbal d'enquête que la préfecture ne lui refusera pas : il y pourra trouver des faits qui seront de nature quelquefois à refroidir sa détermination ; enfin, rien ne l'empêche d'en écrire confidentiellement au maire de la commune. Ces précautions sont minutieuses, je le reconnais, mais l'aliéniste d'asile est sur la corde raide, dont le balancier est la prudence et même la défiance ; grâce à cela il peut s'éviter de désagréables affaires. Dans une entrevue avec la famille, le médecin traitant lui établira donc en regard des avantages les inconvénients qui peuvent survenir et qu'on ne prévoit pas toujours ; il montrera donc les points dangereux ou faibles, il indiquera les soins et les précautions à prendre : en un mot, il armera la famille contre tout

aléa regrettable. Il chapitrera même son malade ; son expérience de la vie, et ses connaissances médicales le guideront dans cette communication délicate. Il en sera de même pour les congés de distraction, assimilables à la « sortie » d'une maison d'éducation : le praticien connaissant son sujet et les personnes à qui il est confié, pourra alors obtempérer ; ce congé ne devra pas dépasser le milieu de la journée, soit de 10 heures du matin à 5 heures du soir. Comme je l'ai dit plus haut, beaucoup de parents venus de loin sont bien aises de voir leur malade tranquille ou amélioré, dans une intimité que n'offrent ni les parloirs ni les jardins de la maison, afin de mieux juger par eux-mêmes des progrès de l'amélioration ; on le confiera donc en mains sûres et dûment sermonnées et averties. J'ai remarqué qu'on juge quelquefois un malade mieux dehors que dedans, à table qu'à jeun, en promenade et en conversation que dans le cabinet de consultation ; l'aliéné se révèle souvent mieux, dans un entretien familier, dans sa manière de marcher, de gesticuler, dans ses tics, dans ses observations inattendues, dans tout ce qui frappe ses regards en dehors de l'asile, que dans le sévère interrogatoire qui semble nous assimiler à un juge d'instruction. Autrefois, quand j'étais vigoureux, j'allais fréquemment excursionner aux environs de la ville, et jusque dans nos belles montagnes, avec six ou huit de mes administrés : que d'épiphénomènes intéressants je relevais !... Voir les malades chaque matin dans les divisions, est tout à fait insuffisant. J'ai également remarqué que le lendemain de ces petites diversions, ceux qui y avaient pris part étaient plus ouverts et plus gais. Par ces distractions que Sainte-Marie emploie fréquemment, le malade prend patience, trouve l'existence moins monotone, a plus de confiance dans son médecin et le personnel ; cela relève son courage, car il semble y voir un prélude à la liberté, et il

est heureux qu'on lui témoigne de la confiance, et il vous en apprend davantage. Enfin les parents peuvent, dans ces entrevues familiales, recueillir des renseignements qui nous avaient échappé et qu'ils nous communiquent ensuite, non sans utilité. Aux sorties d'agrément diurnes, je ne suis pas d'avis d'ajouter la nuit hors de l'asile, même dans les « conditions les plus légales » ; le malade est tout autre la nuit que le jour, et on peut exposer la famille et soi-même à des désagréments. Pour la sortie d'essai portant sur plusieurs jours, cela a moins d'inconvénient, puisque dans la grande majorité des cas elle est l'investiture de la sortie définitive à bref délai, et que dans d'autres elle ne touche que des individus jugés par leur physique, leur âge, leur état mental, l'observation de leur passé, hors d'état de nuire, et qu'on connaît plus à fond, que ceux des simples sorties de quelques heures. Pour la sortie d'essai de certaines jeunes filles, et même malheureusement de quelques femmes, il faudra être très prudent, hésiter à l'accorder, et ne se décider qu'après avoir carrément prévenu les proches de ce qui pourrait « arriver, » et leur avoir recommandé la plus étroite surveillance, de telle sorte que s'il en mésarrive, on ne vienne pas vous accuser d'imprudence !

Quelles mesures administratives et de garanties à prendre pour procéder à la sortie d'essai ? L'article 49 de la future loi ne parle d'en avertir les autorités que pour plus d'un mois de sortie, et le règlement de 1857, article 170, est muet ; il suffit que la permission médicale soit visée par le directeur. Pour les congés de distraction, voici comment opère à Charenton notre éminent collègue M. Ritti : « ..... Nous faisons des permis de sortie au nom des malades, permis qui sont contresignés « par le directeur ; celui-ci, avant de les livrer à la « famille, fait signer à celle-ci un mot par lequel elle

« s'engage à surveiller le malade, et prend la responsabilité de ce qui pourrait se passer dehors. » Voilà qui est parfait ; je ne vois pas qu'il soit question de prévenir le département ; il est vrai qu'il ne s'agit ici que des congés diurnes. A Clermont-Ferrand, la sortie d'essai proprement dite, c'est-à-dire comprenant une absence de plusieurs jours, est annoncée à la préfecture par certificat spécial, pour les pensionnaires comme pour les « offices ».

Y a-t-il inconvénient à user avec sagesse et expérience des sorties et congés ? — Oui, et de grands, si le praticien n'y met pas tout le scrupule voulu, éclairé par son expérience. Non, au contraire, il y a des avantages, si le praticien y emploie tout son savoir et une prudence, poussée jusqu'à la défiance de soi et des intéressés. J'avoue que l'aliéniste, même très exercé, naviguera difficilement au milieu de tous ces écueils : il n'accordera les permissions qu'aux aliénés hommes ou femmes qu'aucun fait dangereux n'a fait enfermer, qui dans leur séjour à l'asile n'ont fait preuve d'aucun danger à appréhender, qui sont en grande voie d'amélioration. Quel inconvénient voyez-vous à ce qu'on les renvoie quinze jours ou un mois plus tôt en essai, et n'est-il pas prudent de s'assurer une réintégration facile qui ne coûte rien à personne et n'engage que le médecin traitant ? Si les familles sont obligées de recommencer les démarches, ce qui peut arriver (quand saurez-vous qu'un circulaire, un intermittent, un épileptique est guéri ? l'observation vous fournit bien quelques données, mais elles sont approximatives), elles hésiteront ; leur malade empirera, le terrain gagné sera perdu, un fait grave pourra se passer, des dommages-intérêts peuvent être demandés, que sais-je encore ? et toutes ces subtilités, uniquement parce ce n'est... pas écrit ! On dit « que la lettre tue » ; dans le cas que nous étudions, ce serait encore plus

grave : c'est à n'y rien comprendre. Un nostalgique, un neurasthénique, peuvent se refaire physiquement chez eux, et pourtant n'être pas assez guéris mentalement pour rester en famille ; pourquoi s'ils sont inoffensifs leur refuser d'aller quelque temps respirer l'air natal, alors qu'ici le traitement sera moral et physique ? D'autre part, c'est un fait certain que l'observation a acquis à la science, qu'il y a certains malades qu'il faut faire sortir de suite, avant guérison complète, laquelle s'effectuera plus sûrement au sein de la famille ; il ne faut pas qu'ils se reconnaissent dans un asile sous peine de rechute ; en tout cas ne sera-t-il pas prudent de commencer par leur appliquer la sortie d'essai préalable ? Il n'est pas rare dans les casernes de constater qu'un jeune conscrit périclité de nostalgie ; son colonel l'envoie en permission, et il en revient réconforté, regaillard, guéri : il fera désormais un excellent soldat. Devons-nous être plus sévères, plus inflexibles que la discipline militaire ? Ce serait inhumain et anti-médical : nous avons à soigner des malades d'esprit et non des lucides ; nos relations, notre ligne de conduite, notre thérapeutique même, sont tout autres avec les premiers qu'elles seraient avec les seconds ; nous ne sommes pas seulement leur médecin, mais aussi leur avocat, leur protecteur, et nous devons rester juges des sorties toutes les fois que nous penserons cette mesure nécessaire à leur santé et à leur guérison.

Dans les guérisons peu solides, et dont nous ne sommes pas sûrs, forcerons-nous la famille à retirer son malade, alors qu'un plus long séjour à l'asile ne peut qu'être inutile ou même nuisible à l'amélioration qu'on aura obtenue ? Mais alors en cas de rechute, ces familles récrimineront ? et s'il y a quelque méfait, les choses peuvent aller loin. La sortie d'essai, au contraire, parerait à ces éventualités ; elle permettrait même à la famille

de se réhabituer à son malade, de s'y intéresser de nouveau, et de se décider à le garder par devers elle, malgré même quelques imperfections. La proposition d'essai préalable permet à l'aliéniste d'être moins affirmatif, ce qui est très excusable sur une question où l'affirmative ne peut être que contingente, amoindrit sa responsabilité, qui est déjà assez écrasante comme cela, et l'abrite, en partie du moins, des tribulations qui de ce chef peuvent l'atteindre; n'est-ce pas assez que journellement sa vie, ses intérêts, sa tranquillité, soient menacés? Faut-il encore qu'on lui enlève un moyen curatif sur lequel il a toute raison de compter? Sevrer les aliénistes d'asiles de l'usage des sorties et congés temporaires, c'est entraver inutilement la pratique de leur art, nuire au rétablissement de beaucoup de malades, mettre les familles dans l'embarras, et compliquer les choses sans profit pour personne. Si bien guéri que soit un malade à l'asile, nous ne savons pas ce qu'il sera chez lui, alors qu'il retrouvera les mêmes causes excitatrices : sera-t-il suffisamment rétabli pour les affronter et y résister? C'est ce que la sortie d'essai serait chargée de nous apprendre.

Pour terminer cette trop longue communication, je formule donc une conclusion et un vœu :

Pour la conclusion : la nécessité des sorties d'essai et des congés de distraction est tellement évidente, que la plupart des médecins d'établissements d'aliénés n'ont pas attendu la revision de la loi pour s'en servir, et que l'expérience leur a donné raison. Elles font désormais partie de la thérapeutique générale de la folie. Le médecin traitant seul est juge d'appliquer ce remède, tout comme une autre médication, sous sa responsabilité, toutes et quantes fois qu'il le jugera utile. Les pouvoirs publics seront prévenus, ainsi que le maire de la commune, des sorties d'essai dépassant un jour.



Pour le vœu : il est désirable que la future loi, après quelques retouches dont elle a encore besoin, particulièrement, relativement au sujet que nous avons essayé de traiter, l'article 49, soit promulguée le plus tôt possible, et mise en fonctionnement, ce qui entre autres bienfaits consacrera les sorties d'essai, courtes ou longues, et en leur donnant désormais un caractère légal, permettra aux aliénistes de s'en servir en toute tranquillité.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1903

**Présidence de M. DANIEL BRUNET**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Comar, Dide, Larroussinie, Lwoff, Marie, Philippe, Thivet, Trénel et Vigouroux, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Des lettres de MM. Gilbert Ballet, Blin, Deny et Legrain, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2° Une lettre de M. Paul Masoin, de Gheel, remerciant la Société du diplôme de membre associé étranger qui lui a été envoyé.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Les aliénés au Canada*, par M. Chagnon ;
- 2° *M<sup>me</sup> de Rambouillet et sa famille. Etude médico-psychologique*, par M. Cullerre ;
- 3° Le numéro 9 du Journal *La Tempérance*.

## *Rapport de candidatures.*

M. E. DUPRÉ. — Messieurs, la mort de Jules Falret, qui a récemment mis en deuil la famille aliéniste, a ouvert une vacance dans la Société médico-psychologique. A l'effet d'examiner les titres des candidats à la place vacante, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Legras, Pottier, Arnaud, Sollier et

Dupré, dont je viens, en qualité de rapporteur, vous exposer brièvement la pensée et les conclusions.

Deux candidats se sont présentés : MM. A. Marie et A. Vigouroux. Membres correspondants de la Société, M. Marie depuis janvier 1892, et M. Vigouroux depuis mars 1893, à la suite d'élogieux rapports, insérés dans nos *Annales*, de M. Arnaud, pour M. A. Marie, et de M. Paul Garnier, pour M. A. Vigouroux, ces deux collègues ont été depuis placés à la tête d'importants services dans les asiles de la Seine, notamment à la colonisation de Dun-sur-Auron, où tous deux, en 1899, ont rédigé en commun, dans leur Rapport au préfet de la Seine, d'intéressantes considérations sur le genre de malades à placer dans les familles. Actuellement chefs de service à Villejuif et à Vancluse, MM. A. Marie et A. Vigouroux se présentent à vous avec un dossier scientifique assez riche pour me dispenser d'insister sur leurs titres. Je ne vous énumérerai point la liste des intéressants travaux par lesquels ces deux collègues se sont, depuis plus de dix ans, signalés à votre attention et à votre estime scientifique. Je crois plus conforme à l'esprit et au vœu de votre Commission d'essayer de dégager, de l'œuvre d'ensemble des deux candidats, le caractère général de l'activité scientifique de chacun d'eux.

Après s'être fait remarquer, dès le début de sa carrière, par la diversité de ses aptitudes et l'éclat de ses qualités, le Dr A. Marie n'a cessé, dans le cours de ces dix dernières années, de donner des preuves d'une activité scientifique et professionnelle, qui semble s'orienter de plus en plus nettement dans le sens des grandes questions de l'assistance sociale et familiale des aliénés. Le Dr A. Marie, soit au sein des Commissions d'études instituées par le Conseil général, soit dans les Congrès internationaux de Psychiatrie ou d'Assistance des aliénés, à Moscou, à Paris, à Anvers, soit dans les Sociétés d'initiative privée, a partout témoigné de son activité et de son ardeur dans les discussions et les rapports relatifs à l'hospitalisation, à l'assistance et au patronage de nos malades. Incliné par les tendances pratiques de son tempérament et la nature généreuse de son caractère vers l'étude des questions thérapeutiques et sociales de

la psychiatrie, M. A. Marie a apporté dans la culture de ce domaine les qualités de compétence et de zèle d'un spécialiste instruit, d'un organisateur habile et d'un publiciste remarquable.

A notre dernier Congrès de Grenoble, M. A. Marie a déployé, au profit et au plaisir de tous, des qualités d'entrain et d'activité, que semblaient redoubler chez notre collègue le contact du sol natal et la vivifiante atmosphère de son merveilleux Dauphiné.

Qu'il me soit permis de terminer sur cette invocation à Grenoble, qui nous reporte à la fois aux premières origines du D<sup>r</sup> A. Marie et aux dernières manifestations qu'il ait données de ses précieuses qualités à ses collègues.

Le D<sup>r</sup> A. Vigouroux nous offre l'exemple d'autres qualités mises au service d'une activité scientifique aussi intéressante et aussi féconde.

Dans une longue série de travaux, publiés sous forme de communications à notre Société, dans les *Annales médico-psychologiques*, ou d'articles parus dans divers périodiques, cet auteur s'est particulièrement attaché à l'étude des troubles psychiques provoqués par les lésions organiques de l'encéphale (tumeurs cérébrales, méningites, etc.) : il a ainsi produit de précieux documents anatomiques et cliniques, remarquables par l'exactitude dans l'observation objective, la réserve et la rigueur dans l'interprétation des faits observés. Suivant de près le mouvement des idées contemporaines sur l'étiologie et la pathogénie des délires transitoires, M. Vigouroux s'est appliqué, dans son service, à l'étude des rapports qui relient les troubles psychopathiques passagers aux insuffisances hépatique et rénale; il a bien mis en lumière la diversité d'allure et d'évolution des symptômes, commandés chez les malades par la variété et la complexité des poisons pathogènes.

L'application des procédés modernes d'analyse humorale et d'expérimentation à la clinique psychiatrique, est encore assez récente, pour qu'on puisse féliciter M. Vigouroux de l'heureuse orientation de ses études et des intéressants résultats qu'il a déjà retirés d'une méthode aussi féconde. Dans un récent article des *Archives générales de médecine*, M. Vigouroux a donné la

mesure de son érudition et de son talent de publiciste, en exposant toute l'histoire clinique et pathogénique des délires de rêve.

Notre collègue a eu le mérite de mettre à l'ordre du jour de notre Société, il y a quelque temps, l'importante et délicate question de l'état mental des aphasiques. Sur ce sujet obscur, et d'un intérêt théorique et pratique si puissant, M. A. Vigouroux a, au cours de la discussion ici même, et, plus tard, dans un travail d'ensemble, paru dans la *Revue de psychiatrie*, montré les phases historiques de la question des aphasies, les progrès continus des doctrines, en rapport avec les travaux anatomo-cliniques des auteurs, depuis Broca et Trousseau jusqu'à Charcot, Wernicke et Déjerine. Après avoir exposé les difficultés du problème de l'interprétation des troubles psychiques chez les différents aphasiques moteurs et sensoriels, M. Vigouroux démontre bien quelle importante contribution peuvent fournir les aliénistes modernes à la solution doctrinale et médico-légale de cette question, au demeurant toute psychiatrique, des aphasies.

Parmi les publications un peu plus anciennes de M. Vigouroux, je signalerai ici une importante étude que cet auteur a faite, en collaboration avec M. Ducasse, agrégé de philosophie, sur la psychologie pathologique du délire systématisé. La lecture de ces pages montre que, chez M. Vigouroux, le clinicien se double d'un psychologue très analyste et très érudit, et qu'il réunit ainsi les qualités nécessaires au psychiatre accompli.

Ce court exposé des mérites et des titres des deux candidats montre quelle est la valeur de ces esprits, et l'intérêt pour la Société de consacrer définitivement leur collaboration à notre œuvre. Comme conclusion, votre Commission vous propose, pour la succession de Jules Falret, les noms de MM. Vigouroux et Marie, *ex-æquo*.

Il est procédé au vote. Sur 17 votants :

M. Vigouroux obtient. . . . .	10 voix.
M. Marie. . . . .	6 voix.
Bulletin blanc . . . . .	1

En conséquence, M. Vigouroux est élu membre titulaire de la Société médico-psychologique.

## Dessins d'aliénés,

par le D<sup>r</sup> LARROUSSINIE,  
ex-interne des asiles d'aliénés de la Seine.

De nombreux travaux ont été faits sur les dessins des aliénés, soit qu'il s'agisse de dessins n'ayant aucun rapport avec l'art, mais fournissant des indications souvent précieuses sur l'état mental du sujet, soit qu'il s'agisse de dessins vraiment artistiques. C'est au premier genre qu'appartiennent les ébauches fantaisistes que j'ai l'honneur de vous présenter. Rarement, je le crois, les idées d'un malade ont été mieux reproduites. Il suffirait à un aliéniste de jeter les yeux sur les dessins ci-joints pour porter un diagnostic complet au sujet du mal qui a frappé leur auteur.

Je ne veux pas donner ici l'observation ; cela serait inutile et fastidieux, car il s'agit d'une psychose bien commune et qui, par elle-même, n'offre rien de particulier à signaler. Je me bornerai donc à retracer en quelques mots l'histoire du malade.

Il s'agit d'un nommé L..., auprès duquel je fus appelé par un de nos confrères. Le malade, très excité, avait, non seulement menacé son entourage, mais encore s'était livré à des voies de fait sur plusieurs personnes de sa famille. Il me fut confié. Je n'eus pas de peine à reconnaître en lui un débile, chez lequel l'usage immodéré de l'alcool avait apporté un élément de plus de destruction des facultés. Il présentait des idées de persécution très confuses, avec mégalomanie et mysticisme, se disait inspiré de Dieu et se croyait persécuté surtout par sa famille, à cause de ses rapports avec la divinité. Ses idées délirantes étaient entretenues par des hallucinations diverses. C'est ainsi que, dans une lettre, il écrit : « J'ai vu, à mon désir inattendu, tout le mystère qui nous enveloppe. Les cieux métamorphosés, les nuages à l'infini dans l'espace, de toutes variations de couleurs, et l'image de la Vierge. C'est sous ce mystère saint que je reviens dans toutes les faveurs et grâces de l'église. »

Comme il arrive fréquemment chez les mystiques,

L... présentait de l'érotisme; il tenait des propos obscènes, ne cessait de parler d'amour, de rapports génitaux, etc. Dans les lettres qu'il adressait à sa famille et à diverses personnes, ces mêmes idées se retrouvaient, quoique dans un désordre inexprimable, car l'intelligence rudimentaire du malade ne lui a même pas permis d'asseoir définitivement son délire. Ethylique, il parlait souvent de tonneaux et de boissons. Faisant partie de la fanfare de son village, il se croyait un grand musicien.

A tout cela, se joignaient les déclamations les plus délirantes sur le travail, les ouvriers, etc. Ne se contentant pas de déclamer, L... illustra son délire, pour ainsi dire, par les dessins que je fais passer sous vos yeux.

Sur l'en-tête d'une lettre qu'il écrit à son cousin, on voit, à gauche, un œil lançant des flammes; cet œil est, nous dit-il, celui de Dieu, dont le regard le suit partout. A droite, est dessiné un ostensor; enfin, entre l'œil de Dieu et l'ostensor, est figurée une étoile. Cette étoile est, paraît-il, celle du malade. Plus bas, en marge, on voit un livre ouvert surmonté d'une croix; sur ce livre, on lit : « Aimez-vous les uns les autres », et : « Que celui qui lit comprenne ce qu'il lit. » A côté de cette sorte d'évangile, est un tonneau qui nous rappelle à la fois le métier de notre malade, qui était tonnelier, et son goût pour la boisson. Près du tonneau, est une espèce de gerbe, et, un peu plus loin, un cœur percé d'une épée, lequel représente le Sacré-Cœur de Marie. Au-dessous de l'évangile, on retrouve l'œil de Dieu placé au-dessus d'une portée musicale.

Sur une autre lettre, écrite à une demoiselle Régina, nous voyons un piano sur le pupitre duquel est placée la Rêverie de Schumann. De ce piano s'échappent des sons figurés par quelques notes de musique, dont l'assemblage, d'ailleurs, n'a rien à voir avec la Rêverie du célèbre compositeur.

Toujours en proie à ses idées mystiques, L... a mis en tête de sa lettre une croix, au-dessous de laquelle il a écrit : « Régénération du xx<sup>e</sup> siècle. Faveurs de l'Eglise ».

Sur une feuille qui contient, disait le malade, les

noms de toutes les personnes composant sa famille et de leurs alliés, se voient plusieurs dessins véritablement curieux ; à droite, est une cuve dont le vin coule abondamment. Derrière cette cuve, se tient une femme très forte, à la longue chevelure, aux mamelles puissantes ; de sa poitrine, de son abdomen, de ses organes génitaux, émanent des effluves qui se rendent dans la cuve. L..., qui nous a expliqué son dessin, prétendait représenter ainsi la nature, qui remplit les celliers des vignerons. Un peu plus loin, sont placés des tonneaux ; ensuite, vient une clarinette basse et une portée de musique ; puis, une église située sur une sorte de monticule. A l'entrée de cette église, se trouve un prêtre qui ouvre ses bras à un personnage que l'on aperçoit gravissant la colline ; l'église est, paraît-il, le but suprême du pécheur, qui y arrive après avoir effectué un pénible chemin. Devant cette église, est placée une sorte d'échelle qui, dans l'imagination délirante de L..., représente l'échelle de Jacob ; puis, on voit un arbre qui a la prétention d'être un olivier, c'est-à-dire l'arbre de la paix. De chaque côté de cet arbre, se trouvent un râteau et une bêche ; enfin, tout à fait à gauche de la feuille de papier, on distingue une autre bêche de fort volume dont le manche est constitué par une verge en érection. Le symbole de cet étrange instrument est expliqué ainsi par L... : « La bêche fouille la terre et creuse les sillons dans lesquels on fait la semaille ; de même, la verge de l'homme fouille le sillon de la femme et y jette la semence qui doit reproduire. » On peut s'assurer, en voyant le dessin, que la verge qui y est figurée est arrivée au moment solennel de jeter sa semence.

Pourquoi avoir placé cette image lubrique auprès de l'échelle de Jacob et dans le voisinage d'une église ? Notre client n'était pas embarrassé pour répondre à cette question. « C'est, disait-il, parce que, dans l'église séjourne celui qui a dit : « Croissez et multipliez », et parce que l'échelle de Jacob conduit au séjour de la jouissance éternelle. » Cette jouissance était représentée pour notre malade par la volupté que procure le coït.

Enfin, une autre feuille reproduit surtout des futaillies, des cuves, des brocs, des bouteilles, etc... Sur le



coin d'une table, on voit écrit : « Apéritifs. » Non loin de cette table, emplie de verres, notre malade a tracé ces mots : « Apocalypse de saint-Jean ; que celui qui lit comprenne ce qu'il lit. Aidons-nous les uns les autres et sachons reconnaître ceux ou celles pour qui nous avons eu de l'affection. » Nous retrouvons ici un râteau, une bêche, et au-dessous de ces instruments, un soleil au milieu duquel sont ces mots : « Alliance des nations réunies. »

L... a figuré une route qui longe des maisons qui ont la prétention de représenter celle où loge sa famille. Après de cette route, le malade a écrit quelques notes de musique qui lui rappelaient l'*Africaine* et les *Huguenots*. Enfin, on remarque, sur ce dessin, une femme qui n'a pour tout vêtement que des bottines, lesquelles sont de dimensions énormes. Ainsi que je le dis plus haut, toute l'histoire de L... se retrouve dans ses dessins.

Alcoolique, il figure les attributs chers aux buveurs ; mystique, il dessine des églises, des ostensoirs, des livres sur lesquels on retrouve des paroles plus ou moins tronquées de l'Écriture sainte ; érotique, il représente les organes génitaux mâles, et des femmes nues qui se tiennent près des tonneaux ou près des attributs religieux. Comme il fait partie de la fanfare de son village, et qu'il a de temps en temps assisté à des représentations d'opéra, il dessine des instruments de musique, écrit des notes. Enfin, imbu de cette sociologie qui séduit les esprits simples et ignorants, en proie à cette sensibilité qui est le propre de beaucoup d'ivrognes et d'alcooliques, il mêle à tout cela les outils de l'agriculteur, et célèbre l'alliance des nations réunies.

Nous le répétons : par la seule vue des dessins que nous faisons passer sous vos yeux, on peut deviner ce qu'était L... ; c'est-à-dire un débile mental plein de sa personnalité, en proie, comme cela arrive souvent, à l'érotisme, et surtout un alcoolique impénitent.

## DISCUSSION.

M. ARNAUD fait passer, sous les yeux de ses collègues, une série de tableaux, émanant d'une aliénée, dont toutes les parties du délire systématisé se reflètent en quelque sorte, jusque dans les détails des dessins.

**Épilepsie et érotisme,**

par le D<sup>r</sup> A. MARIE, médecin en chef à Villejuif.

Ayant eu l'occasion d'observer deux cas d'épilepsie avec association de la sphère génitale aux troubles divers accompagnant ou suivant la crise, peut-être même la remplaçant, nous avons cru intéressant de les rédiger pour les rapporter ici.

De nombreux auteurs ont signalé des phénomènes de même ordre. Tels sont, croyons-nous, certains cas signalés en médecine légale d'impulsion, post comitiale, au viol ou simplement à l'exhibitionisme avec ou sans onanisme ; inversement on en peut rapprocher ces cas de coïts éveillant la crise comitiale, tels que ceux relatés par Féré. Les deux phénomènes se trouvant associés plus ou moins indissolublement, l'entrée en action du centre génito-spinal réalisant un syndrome épileptogène et l'attaque d'épilepsie entraînant d'autre part l'éréthisme sexuel et l'orgasme vénérien. Dans d'autres cas, qui sont la règle, c'est le centre vésico-spinal qui s'associe au phénomène convulsif. Car il n'y a pas dans l'émission de l'urine contemporaine de la crise, un simple phénomène d'expulsion dû aux contractions désordonnées des parois abdominales et vésicales, mais un relâchement sphinctérien par action nerveuse du centre correspondant. Un phénomène analogue se produisant dans le centre voisin de Budge amènerait l'expulsion du sperme avec ou sans rêve érotique associé. Dans l'une des observations, les troubles psychiques éveillés par la crise se rapprochent nettement de l'obsession des dégénérés, le malade en a conscience, la sent venir et demande lui-même qu'on l'isole pour éviter un

homicide ou pour l'empêcher de céder à l'obsession de se masturber ostensiblement.

L'étude de ces cas pourrait, peut-être, un jour, éclairer les problèmes médico-légaux qui se posent à l'occasion, de certains crimes sadiques périodiques et stéréotypés dont l'étrangleur de bergers et le tueur de femmes ont réalisé des types récents, sur lesquels la science n'a pas encore dit son dernier mot. Il suffit de rappeler, sans y insister autrement, l'audacieuse hypothèse de quelques représentants de l'Ecole italienne qui ont considéré ces cas d'impulsions homicides avec érotomanie comme voisins de l'épilepsie.

OBS. I. — Le premier de nos malades, peintre en bâtiment, offre un certain intérêt médico-légal, à notre point de vue, car il a été interné après avoir été arrêté, alors qu'il poursuivait une femme inconnue, avec un couteau à la main, à l'aide duquel il voulait la frapper.

Cet acte dangereux tient à une impulsion obsédante consécutive au trouble mental qui suivait ses attaques.

Il est à remarquer que ce malade présente des crises depuis la crise de la puberté; il a aujourd'hui vingt-sept ans; les impulsions, en particulier l'impulsion au meurtre d'une femme, apparaissent après l'échéance de la puberté.

Antécédents héréditaires : Le père, bien portant, s'est suicidé à cinquante-deux ans; buvait beaucoup de vin : son fils l'a vu souvent ivre. Mère normale, bien portante. Grands-parents paternels morts âgés. Le malade ne se souvient pas s'il avait des oncles ou tantes. (Depuis l'âge de dix ans a perdu la mémoire à la suite d'une fièvre typhoïde.) Treize frères ou sœurs, dont huit restent; quatre morts tout jeunes, sans épilepsie. Le malade est le douzième enfant.

Comme antécédents personnels, la fièvre typhoïde précitée (a été suivie d'une atténuation de la vision).

A suivi l'école jusqu'à douze ans, puis apprenti, manoeuvre, homme de peine. Masturbation depuis l'âge de quatorze ans, jusqu'à deux fois par jour.

Les premières attaques datent de 1892, à la suite de privations et d'excès de travail. Il est vraisemblable que la fièvre typhoïde antérieure n'y fut pas étrangère; il est d'abord placé à Bicêtre, huit mois; sorti, il reste trois ans garçon de magasin, puis rentre de nouveau en 1896, six mois (deux à Bicêtre, quatre à Ville-Evrard); transféré à Montauban, puis réintégré dans la Seine, et sorti. Rentré à Villejuif ensuite.

Actuellement, on peut récapituler ainsi qu'il suit la courbe

de ses crises et des incidents intéressants à notre point de vue, qui les ont suivies, ou peut-être remplacées. Je dis peut-être, car bien qu'aucune crise nocturne ne soit portée par le personnel ni signalée par le malade, on peut se demander si les pollutions et les obsessions homicides observées depuis l'entrée, n'étaient pas constamment liées avec quelques crises larvées passées inaperçues. Dans quelques cas, elles ont été sûrement associées aux crises, le graphique le prouve; dans d'autres, elles ont pu être l'équivalent spinal ou psychique de la crise pure qu'elles ont pu remplacer.

Le caractère général des crises est le suivant : aura vague de quelques secondes à laquelle le malade reconnaît l'approche de l'attaque, chute et perte de connaissance accompagnées d'émission d'urine, morsure de la langue et convulsions. La crise est remplacée parfois par un vertige ou absence; après les crises, dépression, abattement, somnolence de quelques heures (mémoire affaiblie depuis les crises).

Quand le malade se masturbait, il était sûr d'avoir une crise peu après.

Quand il était au dehors, il voyait peu de femmes, et se modérait parce qu'il s'était aperçu que les crises suivaient de près les excès sexuels et redoublaient de fréquence comme après la masturbation.

A l'asile, les rêves caractéristiques accompagnés de pollutions nocturnes, coïncident généralement avec des crises et surviennent en série comme elles, tantôt les précédant, tantôt les suivant. Ces séries aboutissent à une obsession homicide persistante et consciente poussant le malade à réclamer pendant deux ou trois jours son isolement.

La dernière fois qu'il a présenté ces phénomènes, ils étaient un peu atténués et l'obsession a consisté dans l'obsession impulsive à se masturber en public; il est juste de remarquer qu'à cette date les crises avaient un peu diminué de nombre, et le malade avait deux ans de traitement séro-bromuré.

Le malade a des cauchemars autres que ceux précités, consistant à voir son père tombant dans un égout, d'où il cherche à le retirer, mais où il tombe à son tour; c'est à ce moment que s'arrête le cauchemar et que le malade s'éveille. (Le père du malade s'est suicidé par pendaison et il buvait.)

1901.	Janvier. . .	7	Crises ou vertiges.		
	Février. . .	3	—	—	
	Mars. . . .	7	—	—	
	Avril. . . .	9	—	—	
	Mai. . . . .	8	—	—	
	Juin. . . . .	7	—	—	
	Juillet. . . .	4	—	—	

1901.	Août. . . . .	7	Crises ou vertiges,
	Septembre. . .	7	+ Rêve érotique.
	Octobre. . . .	6	+ — —
	Novembre. . .	5	+ — —
	Décembre. . .	6	+ — —
1902.	Janvier. . . .	6	+ — —
	Février. . . .	6	Obsession homicide finale.
	Mars. . . . .	5	— — —
	Avril. . . . .	2	
	Mai. . . . .	4	
	Juin. . . . .	3	
	Juillet. . . .	3	
	Août. . . . .	4	
	Septembre. . .	5	
	Octobre. . . .	4	
	Novembre. . .	3	
	Décembre. . .	5	Obsession onanistique.
1903.	Janvier. . . .	5	+ Rêve érotique.
	Février. . . .	5	

Obs. II. — Le deuxième malade, épileptique, dont nous rapportons l'observation, est âgé de vingt-deux ans, sans profession. Originaire du midi de la France.

Il a été interné aussi à la suite d'une algarade post-vertigineuse; il cherchait à frapper avec une canne et une bouteille à lait en revenant de la consultation externe de Sainte-Anne. Deux jours avant, eut une attaque suivie d'un rêve érotique avec pollution. C'était le deuxième, le premier s'étant produit un mois auparavant dans des conditions analogues.

Son hérédité est intéressante :

Sa mère, nerveuse et migraineuse, a eu une sœur internée et décédée à l'asile de Rodez. Deux frères morts de méningite en bas âge. Un frère bien portant.

Le malade est venu à terme, sans forceps; l'accouchement a duré dix heures; est venu bien portant. A eu ses premières dents à onze mois, a marché à un an. A été élevé au sein par une nourrice qui se grisait.

A deux ans, brûlure de la jambe droite; soigné durant trois mois. Pas de convulsions. Pas de strabisme. A deux ans, n'urinait plus au lit. A sept ans, fièvre typhoïde qui lui laisse un tic facial. Il remuait continuellement le bout du nez. Dans la convalescence, il eut des vertiges et des convulsions. Vers douze ans, à la jambe droite, tuméfaction, éruption de boutons, impossibilité de la marche, ulcération, puis guérison au bout de huit jours. Jusqu'à treize ans, plus rien. A ce moment, une crise : il tombe brusquement, mouvements cloniques, morsures de la langue, écume sanglante, urine sous lui. Depuis cette époque, crise tous les mois, jusqu'à la puberté; à ce moment,

une accalmie de quatre mois, sans crise, puis retour des accidents épileptiformes.

A seize ans, la crise que la famille décrit est la crise type de l'épileptique, avec adjonction désormais de troubles mentaux consistant en une impulsion brutale qui semble encore liée à des rêves hallucinatoires.

De caractère indocile, criard, il fut d'abord soigné à la consultation externe de Sainte-Anne; puis, à la suite de son algarade au dehors, il fut placé à l'hôpital Péan en mai 1900, où il est traité pendant un mois au lait et aux œufs avec KBr; accès de violences contre son entourage; croyait, dans le délire de la crise, qu'on voulait le tuer; se précipite sur ses voisins pour les défenestrer. C'est pour ce motif qu'on l'a amené au Dépôt.

N'a jamais eu de rapports sexuels et n'avait pas d'habitudes solitaires avant l'internement (au dire de sa mère).

Le malade signale lui-même qu'aux dates suivantes : 20 avril, 26 mai, 17 juin, 26 juillet, 23 août, 24 septembre 1900, il a eu des rêves érotiques avec pollutions, et il fait la remarque de lui-même qu'on peut comparer ses rêves à des crises et note que le rêve suit généralement la crise et survient en série.

Comme le précédent, ce malade devient épileptique après la fièvre typhoïde.

Les rêves, comme les séries de crises, sont survenus mensuellement pendant sept mois et ont été suivis d'une diminution du nombre des accès dont ils avaient marqué le maximum (treize en un mois).

Sorti amélioré, il est rentré de nouveau avec des crises moins fréquentes, coupées non plus de rêves érotiques et d'impulsions violentes consécutives, mais d'impulsions simples. Cependant, dans les premiers jours de février courant, il a eu de nouveau un rêve érotique qu'il décrit dans une lettre détaillée, qui montre un rêve assez complexe coïncidant avec une série de crises.

Vingt jours après, nouveau rêve érotique accompagné de six crises dans le mois.

*Premier internement.*

1900. Avril . . .	12 crises.	1 <sup>o</sup> rêve érotique (impulsion violente consécutive).
Mai . . . .	11 +	2 <sup>o</sup> rêve érotique (impulsion et internement).
Juin . . . .	13 +	3 <sup>o</sup> rêve érotique.
Juillet . . .	8 +	4 <sup>o</sup> — —
Août . . . .	4 +	5 <sup>o</sup> — —
Septembre .	4 +	6 <sup>o</sup> — —
Octobre . .	4 +	7 <sup>o</sup> — —

1900.	Novembre .	2 crises.	
	Décembre .	4 —	
1901.	Janvier . .	5 —	
	Février . .	3 —	
	Mars . . .	4 —	
	Avril . . .	3 —	
	Mai . . . .	4 —	
	Juin . . . .	3 —	
	Juillet. . .	3 —	Sortie.

*Deuxième internement.*

1902.	Janvier . .	2 crises.	
	Février . .	3 +	Impulsion violente.
	Mars . . .	3 —	
	Avril . . .	4 —	
	Mai . . . .	3 —	
	Juin . . . .	3 +	Impulsion violente.
	Juillet. . .	1 —	
	Août . . . .	4 —	
	Septembre.	0 +	Impulsion violente.
	Octobre . .	3 —	
	Novembre.	2 —	
	Décembre .	3 +	Impulsions violentes en série.
1903.	Janvier . .	5 +	Impulsion simple.
	Février . .	6 +	Série de rêves érotiques décrits par le malade.

**Du rôle de l'image motrice dans la vie sexuelle,**

par MM. N. VASCHIDE et Cl. VURPAS.

Le rapport entre l'impulsion motrice et l'acte génital est un point de psycho-physiologie qui, à notre connaissance, est resté jusqu'ici un peu dans l'ombre. Divers ordres de recherches entreprises, soit sur des sujets sains, soit sur des aliénés, nous ont montré un rapport étroit entre l'impulsion motrice et le rapprochement sexuel, et permis ainsi de pénétrer la genèse et le mécanisme psychofonctionnel encore obscur de ce phénomène biologique, qui à notre avis est la plus haute expression du déclanchement moteur. Nos travaux ont porté sur différents ordres de recherches et de constatations, qui tous s'harmonisent et concourent à montrer les rapports étroits, qui unissent l'impulsion motrice et l'acte sexuel.

Les nombreuses malades impulsives, qu'il nous a été

donné d'observer, avaient une tendance marquée à l'érectisme. Nous n'apportons pas ici d'observations, bien que nous puissions facilement en fournir un grand nombre. Mais nous avons craint de donner ainsi trop d'extension à cette communication. Nous comptons d'ailleurs revenir avec plus ample développement sur ce point dans un travail ultérieur.

Ce qui caractérise l'acte sexuel au point de vue mental, c'est avant tout une impulsion motrice, qui se répète et réapparaît au champ de la conscience, à des intervalles de plus en plus rapprochés, jusqu'à ce qu'enfin toutes les images successives arrivent à se fusionner en une seule, se continuant sans interruption et discontinuité. L'acte sexuel ne serait à nos yeux que le plus haut développement, que l'épanouissement et l'achèvement du déclenchement moteur. Le plaisir génital doit vraisemblablement être rapporté à cette griserie motrice, qui, arrivée à son summum, se traduit par un état vague et flou de la conscience, se détachant pour ainsi dire dans cette rapide évolution de son objet, qui est l'image motrice. Tous les phénomènes biologiques (respiratoires, circulatoires, sécrétoires, moteurs, etc.), traduisent une activité motrice puissante et s'harmonisent de la sorte avec la conception plus générale, qui place l'origine du plaisir dans une activité qui se dépense.

Toutes ces considérations montrent le rôle de l'image motrice dans l'acte sexuel; et cliniquement, certains auteurs ont voulu voir dans l'épilepsie, affection motrice, une maladie génitale, un trouble sexuel, soit dans la conformation anatomique des organes génitaux, soit dans leur fonctionnement physiologique.

L'influence de la musique sur le rapprochement sexuel, phénomène fréquemment observé et relevé, parle aussi dans le même sens.

D'une part, l'influence de la musique sur l'image motrice et l'état moteur est manifeste. Des expériences précises de laboratoire sur ce point ont vérifié les données de l'expérience banale et ont montré que la musique est un tonique efficace de l'état moteur (1).

---

(1) Vaschide et Vurpas. Du rôle de l'état moteur dans l'émo-



D'autre part, la musique a une action très nette sur la vie génitale. Dans nos recherches sur ce point de psycho-biologie, il nous a été donné souvent de faire cette constatation. La pathologie parle également dans le même sens. Dans certains cas morbides, par exemple, les rapports génitaux ne peuvent s'accomplir que soutenus, aidés, secondés, si l'on peut ainsi dire, par la musique. Il y a même plus, et l'on peut dire que la vie mentale, provoquée par l'audition d'airs musicaux, se rapproche de la vie génitale. Pendant l'audition d'un morceau de musique, X... change de physionomie; la physionomie prend une expression de plaisir, et un certain degré d'instabilité motrice se manifeste. X... nous dit à la fin, que pendant l'audition du morceau, elle a éprouvé des sensations très semblables à celles du rapprochement sexuel. La différence portait surtout sur l'état local de l'appareil génital. Car ici, il n'y avait pas d'écoulement vaginal. La similitude résidait surtout dans la vie psychique et l'état mental, dus très probablement à l'évolution parallèle et similaire, dans ces deux états, de l'image motrice.

Une autre constatation semble encore s'harmoniser avec cette conception. C'est la tendance à l'épuisement moteur, qui suit l'acte sexuel. Quelles en sont la cause et les conditions, ainsi que le mécanisme? La raison nous semble précisément dans l'épuisement moteur dû à l'excès de l'intensité de l'image motrice.

Lorsque nous parlons d'épuisement moteur, nous désignons l'image motrice, l'état psychique, et non la fatigue organique, l'épuisement du muscle, comme il arrive, par exemple, dans le travail musculaire. Dans ce dernier cas, comme après une longue marche ou un exercice musculaire quelconque, c'est le muscle lui-même qui travaille, qui se fatigue. Il en résulte son épuisement dû probablement à une intoxication, résultat de l'intensité des échanges organiques au niveau des muscles en travail. Dans l'acte sexuel, les phénomènes se passent tout différemment; il ne s'agit assurément pas d'un épuisement musculaire, mais bien d'une fatigue

motrice. Et par fatigue motrice, nous entendons l'image mentale du mouvement. Ce sont les images motrices qui, par leur intensité et leur éclat particulier, ainsi que par la rapidité de leur succession, véritable avalanche motrice, arrivent à provoquer une sorte d'inhibition sur les autres processus psychiques. Lorsque le sujet est revenu à un état soi-disant normal, il en résulte une sorte d'épuisement ou de tendance à l'épuisement de l'état mental, et principalement des impressions et représentations motrices, comme on l'observe à la suite d'un travail musculaire prolongé, dans lequel non seulement l'élément musculaire a été épuisé, mais aussi l'image motrice, qui devenait plus intense à mesure que la fatigue musculaire rendait chaque mouvement plus difficile dans son exécution et dans son adaptation régulière et précise.

L'augmentation de pression sanguine, qui accompagne l'excitation sexuelle, parle également dans le même sens. Si, en effet, l'activité sexuelle se rapproche de l'activité motrice, les mêmes modifications biologiques, ou plutôt des modifications de même ordre et de même sens devront se produire. Or, voici comment s'exprime le professeur Potain au sujet des rapports de l'activité motrice et de l'augmentation de la pression sanguine : « Cet effet (élévation immédiate de la pression artérielle) se produit au moment même du passage du repos à l'activité. » Nous donnons l'observation suivante, comme exemple de l'élévation de la pression sanguine sous l'influence d'une excitation sexuelle.

Nous eûmes l'occasion de prendre avec le sphygmomanomètre de Mosso la mesure de la pression sanguine pendant une émotion sexuelle. Le sujet était très impressionné et à son dire son émotion était franche, puissante, vivement ressentie. On observa à ce moment une augmentation notable de la pression sanguine, à tel point que la contre-pression, qui habituellement était de 65 millimètres de mercure, nécessita une colonne mercurielle de 150 et même 160 millimètres. Ces derniers chiffres indiquent une pression sanguine très élevée, et qu'il est rare de rencontrer dans les recherches sur la pression du sang. C'est là une expérience rare, peut-être même unique, qui démontre la réalité de ce

phénomène biologique, l'augmentation de la pression sanguine, sous l'influence d'une excitation provoquant une émotion puissante, dans laquelle la sexualité avait joué le plus grand rôle.

L'étude de certains cas morbides confirme enfin cette manière de voir. Sous le nom d'érotomanie, les cliniciens ont décrit une psychopathie sexuelle, consistant dans l'abstention de l'acte génital, en dehors de toute lésion anatomique ou physiologique des organes génitaux. On a appelé les sujets atteints de ce trouble, des contemplatifs ; on les a considérés comme vivant d'amour pur, détachés de tout lien charnel, se complaisant, ainsi que l'un d'eux par exemple, dans l'amour de Myrtho retirée dans une étoile. L'examen de l'état mental de ces sujets montre chez eux une absence totale de réaction motrice. L'image motrice semble n'avoir pas place dans leur mentalité, qui est toute sensibilité.

Des diverses considérations précédentes, nous nous croyons autorisés à émettre ces quelques remarques.

I. — Nous avons toujours constaté un rapport étroit entre la tendance à l'impulsion et le désir génital. La plupart des impulsives, qu'il nous a été donné d'observer, manifestaient constamment dans leurs paroles, leurs propos, leurs gestes, leur mimique, leur attitude générale, un penchant marqué à l'érotisme.

II. — Il est encore un autre ordre d'études, qui nous montre le rôle de l'image motrice dans l'acte génital ; c'est l'influence de la musique sur le rapprochement sexuel. Dans certains cas pathologiques, les rapports ne peuvent avoir lieu que sous l'excitation de la musique.

III. — Une autre preuve consiste dans l'abattement et l'état de fatigue musculaire consécutif à l'acte génital. Il semble que l'équilibre moteur ait atteint une stabilité, manifestée par de l'immobilité et du vague de la pensée. Cet état semble la conséquence de l'épuisement temporaire de l'activité motrice dans sa condition psychologique, l'image motrice.

IV. — L'élévation brusque de la pression sanguine sous l'influence d'une excitation sexuelle plaide encore en faveur du rapprochement, que nous tentons de faire, entre l'excitation sexuelle et l'activité motrice, ou plutôt tend à montrer le rôle de l'image motrice et de l'élé-

ment moteur dans la genèse, le développement et l'évolution de l'excitation génitale.

V. — Enfin les troubles de l'image motrice dans sa fonction, la lenteur ou l'absence de ses réactions, et de son évolution normale, donnent naissance à une impuissance sexuelle mentale (car il ne s'agit pas de troubles anatomo-physiologiques des organes génitaux), décrite en psychiatrie sous le nom d'érotomanie.

Si de ces différents ordres de recherches, il nous est permis d'entrevoir quelques données sur le mécanisme fonctionnel psychodynamique de l'acte sexuel, voici ce que nous nous croyons autorisés à admettre :

a) Dans la production de l'acte génital et de ses différentes phases, l'image motrice joue le rôle primordial. L'acte sexuel consiste dans son évolution particulière, qui se poursuit dans les différents stades sus-indiqués.

b) Dans l'acte sexuel, le système moteur tout entier est intéressé et intervient. L'équilibre moteur total arrive à un état d'excitation et de potentiel, tel qu'il ne peut se maintenir à un taux aussi élevé, et qu'à la suite, on relève des phénomènes de fatigue et d'épuisement moteur.

c) L'excitation motrice se traduit également par des phénomènes respiratoires, sécrétoires, circulatoires, vaso-moteurs, etc., qui sont consécutifs aux phénomènes moteurs, en sont la conséquence, et les traduisent au dehors.

d) Les érotiques sont des moteurs, et d'une façon générale, presque tous les moteurs sont des érotiques.

e) Dans toute sa marche et toutes ses allures capricieuses, la sexualité est due à l'évolution et à la tendance au déclenchement de l'image motrice et de l'état moteur. Tous les excitants des désirs génésiques sont surtout des excitateurs de l'image motrice. Tous les sens peuvent, selon chaque individualité, présenter une action excitatrice de l'état moteur plus ou moins développée et accentuée, selon les différents cas. Les sens provocateurs des excitations génésiques et motrices sont variables, et diffèrent avec chaque sujet. Il s'agit là de la nécessité d'un véritable emmagasinement de potentiel pour traduire au dehors l'excitation motrice suffi-

sante. Il semble que, pour que le potentiel de la pile vitale soit suffisant, il le faille charger par des excitations extérieures adaptées. Ces états témoignent d'un état d'affaiblissement moteur, dont le type est donné par la neurasthénie et les autres affections psychasthéniques (diabète, paralysie générale, etc.). Et cette insuffisance motrice exige un renfort et un excédent dans la charge de la machine vitale.

Avant de terminer, il nous faut cependant indiquer explicitement une distinction, afin de bien préciser le sens et la portée de nos observations. Entre l'image motrice proprement dite et l'image motrice devenue sexuelle, il y a une différence, aussi bien dans la modalité que dans l'ensemble des phénomènes psychologiques ou plutôt des éléments mentaux, qui constituent la nature intime de l'image motrice.

L'image motrice proprement dite possède en elle-même tous les éléments de l'image motrice sexuelle, sauf l'émotion, l'image motrice ordinaire se résout et s'achève dans ses éléments constitutifs; tandis que l'image motrice sexuelle se développe et se constitue au contraire, à mesure que croissent d'intensité tous les éléments qui la composent. De nombreuses associations d'images, et toute une mentalité cristallisée et schématisée dans une image mentale, s'épanouissent, se développent, s'esquissent comme dans une vue cinématographique, et marchent à leur achèvement, parallèlement à l'image, qui augmente toujours d'intensité dans la rapidité de son évolution, jusqu'à ce qu'elle atteigne son maximum, état immobile et vertigineux, correspondant au summum d'excitation mentale. De nouveaux groupes d'images, véritables satellites mobiles, s'associent secondairement, et continuent à se développer et à évoluer. Cette multitude de fragments d'images, d'éléments d'idées, alimentés et nourris par une émotion toujours plus intense, donne à l'image mentale sexuelle une physionomie bien définie et bien particulière, qui porte à la faire considérer comme l'image motrice la plus intense et la plus émotive, c'est-à-dire la plus capable d'évoquer une émotion généralisée et nettement extériorisée.

Il semble apparemment que l'image motrice sexuelle

mette en action de nombreux centres nerveux, dont chacun apporterait ses éléments à cette image particulièrement riche, et ayant atteint le plus haut degré de cristallisation. Nous ne voulons pas ici faire la description et la psychologie de l'image sexuelle; mais en décrivant ses rapports avec l'image motrice ordinaire, rapports intimes et peu mis en lumière, nous avons cru nécessaire de rappeler ces quelques considérations, afin d'éviter toute confusion entre l'image motrice ordinaire et l'image motrice sexuelle.

#### DISCUSSION

M. LARROUSSINIE demande de quel genre de musique il est question. Il y a des airs musicaux qui excitent la sexualité plus que d'autres. La musique de Wagner n'a qu'une action très atténuée. La musique de Massenet produit, paraît-il, une action très accentuée. L'opéra d'*Esclarmonde*, notamment. Il en a remarqué l'effet sur une spectatrice.

M. VURPAS. — J'ai connu une jeune femme qui ayant entendu du Wagner à Bayreuth, a présenté une prolongation dans la durée de ses règles. L'abstinence de l'audition du Wagner a tout fait rentrer dans l'ordre.

M. DUPRÉ. — Je ne vois pas quelle argumentation rigoureuse on peut tirer de l'influence bien connue de telle ou telle musique sur la sexualité, pour faire intervenir l'élément moteur entre l'excitation musicale et le processus génésique, par ailleurs, si complexe.

La séance est levée à 5 h. 15.

DUPAIN.

#### SÉANCE DU 30 MARS 1903

Présidence de M. GILBERT BALLEZ

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Dheur, Lapointe, Lwoff, Marie, Philippe, Trénel, Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance écrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Dupré qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, retenu par une indisposition légère ;
- 2° Une lettre de M. Vigouroux qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;
- 3° Une lettre de M. Henri Piéron qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Pactet, Vigouroux et Toulouse, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Un volume sur la *Chirurgie des aliénés. Recueil de travaux*, par M. Picqué, chirurgien des hôpitaux et chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, et de M. J. Dagonet, médecin de l'asile clinique ;
- 2° Une nouvelle édition d'un ouvrage de M. Möbius : *Ueber den physiologischen Schwachsinn der Weiber (De l'imbécillité physiologique de la femme)* ;
- 3° Le discours prononcé le 25 octobre 1902 par M. le D<sup>r</sup> Masoin, professeur à l'Université de Louvain, dans la discussion du rapport de la Commission chargée par le gouvernement belge d'examiner la question relative au certificat d'humanités gréco-latines exigé des aspirants aux grades académiques ;
- 4° Un rapport de M. le D<sup>r</sup> Masoin sur un mémoire de M<sup>lle</sup> Ioteyko, docteur en médecine à Bruxelles, intitulé : *Étude sur la contraction tonique du muscle strié et ses excitants* ;
- 5° Un rapport de M. le D<sup>r</sup> Masoin, sur un mémoire de M<sup>lle</sup> Stefanowska, docteur ès sciences à Bruxelles, intitulé : *La grande hypnose chez les grenouilles en inanition* ;
- 6° Le discours prononcé aux funérailles de M. le professeur Lefebvre, au nom de l'Académie royale de Médecine de Belgique, par M. le D<sup>r</sup> Masoin, secrétaire perpétuel ;
- 7° La *Revue de l'hypnotisme*, numéro de mars ;
- 8° Le journal *La Tempérance*, numéro de mars.

*Rapport de Candidature.*

M. DUPAIN. — MESSIEURS, vous avez nommé une commission, composée de MM. Arnaud, Dupré, et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les travaux scientifiques de M. le D<sup>r</sup> Chenais qui sollicite le titre de membre correspondant de votre Société

Elève de l'Ecole de Médecine de Rennes sous la direction du regretté professeur Delacour, et du directeur actuel M. le D<sup>r</sup> Perrin de la Touche, interne lauréat des hôpitaux de Rennes, puis interne de l'asile départemental des aliénés d'Ille-et-Vilaine (asile Saint-Méen situé aux portes de Rennes), M. le D<sup>r</sup> Chenais vint terminer ses études à Paris. M. le professeur Joffroy voulut bien lui faire l'honneur d'accepter la présidence de sa thèse inaugurale de doctorat : « Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique ». — Ce travail fut fait à l'asile d'aliénés de Rennes sous la direction de M. le D<sup>r</sup> Maurice Dide, membre correspondant de votre Société. L'auteur a pensé qu'il y avait quelque intérêt à chercher si la démence précoce, qu'un certain nombre de psychiatres considère comme une entité morbide, ne se traduisait pas par des signes physiques, qu'on pourrait considérer comme signes de certitude, à côté des symptômes mentaux, qui ne seraient alors que des signes de probabilité. Mais il n'a pas eu la prétention de trancher définitivement cette question.

Le polymorphisme de la démence précoce a nécessité la distinction de plusieurs formes : forme simple, délirante, catatonique, paranoïde. M. Chenais a limité son étude à la forme catatonique. Cette forme catatonique, décrite par Kahlbaum, est caractérisée par des états particuliers de stupeur ou d'excitation aboutissant le plus souvent à la démence et accompagnée de négativisme, de stéréotypie et de suggestibilité dans les mouvements d'expression et dans les actes, d'après Kræpelin; ce dernier symptôme ayant pour caractéristique la catalepsie (attitudes catatoniques) : flexibilité creuse des muscles, écholalie, échopraxie.

Dans ses observations, recueillies dans le service de



M. le D<sup>r</sup> Chardon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rennes, M. le D<sup>r</sup> Chenais passe en revue et étudie dans la démence précoce à forme catatonique, la catatonie, la sensibilité, les réflexes, les troubles trophiques et vaso-moteurs, les urines, et enfin les globules blancs du sang.

Les attitudes catatoniques sont constantes, sans toutefois persister pendant toute la durée de l'évolution de l'affection. Les attitudes paradoxales sont fréquentes, de même que les mouvements stéréotypés; le négativisme alterne fréquemment avec les attitudes catatoniques; les deux symptômes peuvent même se superposer. Dans la sphère du langage on retrouve les diverses caractéristiques de la sphère motrice: le mutisme (phénomène d'opposition), la verbigération. — La sensibilité générale est profondément atteinte et presque toujours diminuée, notamment au point de vue de la douleur. La sphère génitale est profondément modifiée.

Les réflexes tendineux sont exagérés. L'hypertonus musculaire est la règle; le réflexe du fascia lata est généralement diminué ou aboli. Les troubles sphinctériens sont fréquents. On note l'incontinence d'urine dans plus d'un tiers des cas, et la rétention volontaire (négativisme) d'une façon intermittente, assez rarement. Les réflexes pupillaires sont rarement modifiés. — Les troubles vaso-moteurs sont fréquents et caractérisés par des œdèmes (sans lésion du cœur, ni du rein), de la cyanose, du refroidissement des extrémités. Le dermatographisme, à des degrés divers, est constant. — Les stigmates physiques de dégénérescence sont rares. Les globules blancs présentent tantôt une augmentation des mono, tantôt des polynucléaires. La modification la plus importante semble être la fréquente augmentation des éosinophiles. La quantité des urines est généralement diminuée, ainsi que l'urée; les chlorures sont augmentés et la proportion des phosphates est variable. Du reste ces recherches urologiques avaient été publiées en collaboration avec le D<sup>r</sup> Maurice Dide dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de décembre 1902) et dans la *Revue neurologique* (mai 1902).

Somme toute, le travail du D<sup>r</sup> Chenais est important; il a cherché à doter la clinique de signes physiques

faciles à reconnaître et de nature à aider le diagnostic d'une forme mentale sur laquelle les auteurs ne sont pas tous d'accord. Le D<sup>r</sup> Chenais a publié d'autres travaux : Une observation de cystite chronique pseudo-membraneuse secondaire à un fibromyome utérin chez une aliénée en collaboration avec le D<sup>r</sup> Chardon (*Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, mars 1902).

Puis dans la *Revue neurologique* (mai 1902), un article sur une nouvelle méthode de mensurations cérébrales; appliquée à des observations d'atrophie relative du lobe pariétal par rapport au lobe frontal dans la démence (en collaboration avec le D<sup>r</sup> Maurice Dide).

Enfin, dans la *Revue de neurologie belge*, une note sur le réflexe de Brissaud et le réflexe de Babinski dans la démence précoce.

Je n'ai plus besoin de poursuivre, Messieurs : vous connaissez maintenant les titres et les travaux scientifiques de M. le D<sup>r</sup> Chenais. Il est digne de faire partie de votre Société, à laquelle il apportera l'appoint de son labeur dans les études qui relèvent de votre spécialité; et votre Commission vous propose à l'unanimité de lui décerner le titre de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Chenais est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

### **Lepto-méningite hémorragique dans un cas de paralysie générale,**

par MM. TRÉNEL et CRÉTÉ.

Le cerveau que nous présentons à la Société provient d'une paralytique générale. L'histoire de la malade offre un intérêt clinique à divers points de vue, sur lesquels nous ne voulons pas insister en ce moment. Nous indiquerons cependant que la maladie avait eu un début assez précoce (à vingt-huit ans), et revêtit la forme démente simple au point de vue mental, et la forme spasmodique au point de vue des symptômes moteurs.

L'état spasmodique était extrême et la malade dut être alitée peu après son entrée qui datait du 18 septembre 1900.

En décembre 1901, on constata subitement de l'œdème des mains, et quelques jours plus tard une chute des deux poignets ; rapidement il s'établit une rétraction en flexion des doigts et l'attitude fut dès lors celle qu'on voit sur cette photographie. Puis une rétraction des membres inférieurs s'établit progressivement pour atteindre un degré considérable.

En avril 1901, on nota une légère atteinte de scorbut, avec hémorragies gingivales et plaque ecchymotique unique de la jambe droite, ayant duré deux mois.

En décembre dernier, il y eut une récurrence très légère et fugace, se traduisant uniquement par un petit liseré gingival.

À la même époque, on constata un mal perforant du bord externe du pied gauche avec anesthésie ne dépassant pas le bord de l'ulcération, et dont nous présentons la photographie faite avant la chute de l'escarre ; cette escarre laissa à découvert une petite ulcération arrondie un peu sanieuse ; celle-ci était en voie de guérison à la mort de la malade.

Une dysphagie progressive obligea à nourrir la malade à la sonde pendant plusieurs semaines. Cette dysphagie s'étant améliorée, on put revenir dans les derniers temps à l'alimentation normale, mais à grand peine.

En janvier, la malade eut une éruption vésiculeuse, de caractère mal défini, qui débuta par l'abdomen pour envahir tout le tronc et la racine des membres ; la vésicule en se desséchant laissait une fine croûte bordée d'une collerette, puis une cicatrice légèrement brunâtre. Il n'y avait pas de caractère spécifique net et l'affection guérit en six semaines sans laisser de trace. La photographie ne donne que très imparfaitement l'image de cette éruption.

La mort survint par affaiblissement progressif.

La malade n'eut pas d'escarre sacrée, mais seulement dans les derniers jours, une légère excoriation de la peau au niveau du sacrum.

A noter qu'elle n'eut jamais d'attaques paralytiques.

Au point de vue mental, elle était dès son entrée dans une profonde démence avec idées de satisfaction, gâtisme et embarras considérable de la parole. Elle

n'avait pas à ce moment d'inégalité pupillaire qui fut d'ailleurs toujours peu marquée, mais de la paresse des réflexes oculaires.

Il existait un tremblement énorme de la langue, des secousses fibrillaires et fasciculaires de tous les muscles et de l'exagération considérable de tous les réflexes. Pas d'anesthésie cutanée.

A l'autopsie, le cerveau offrait une lésion que nous n'avons jusqu'ici jamais rencontrée en pareil cas. Il existe des hémorragies très étendues qui siègent uniquement dans pie-mère et qui recouvrent une grande partie des deux hémisphères. On rencontre quelquefois chez les paralytiques généraux quelques suffusions sanguines, mais ici il y a une véritable nappe hémorragique. Elle n'est pas continue : elle est constituée par une série d'hémorragies de grandeurs variées, depuis l'hémorragie punctiforme, microscopique même, jusqu'à celle qui recouvre d'une façon continue une ou plusieurs circonvolutions en comblant les sillons.

L'épanchement s'est fait dans l'épaisseur même de la méninge molle, dans l'espace sous-arachnoïdien exclusivement, en respectant l'écorce. Son épaisseur est faible et ne dépasse pas un à deux millimètres. Quelques sillons sont particulièrement remplis par lui et il offre là une épaisseur plus considérable, peut-être en rapport simplement avec l'élargissement de ces sillons dus à l'atrophie cérébrale.

Les vaisseaux sont gorgés de sang et sont noyés au milieu de la nappe sanguine épanchée. Ils ne paraissent cependant pas lésés eux-mêmes d'une façon appréciable et il est impossible de trouver l'origine exacte de l'hémorragie, même en opérant sur de nombreuses coupes.

Le sang s'infiltre partout dans les sillons qu'il remplit jusqu'au fond en respectant les limites de la pie-mère ; de sorte qu'on aperçoit très bien, dans les points favorables, l'espace sous-méningé (épicerébral) traversé par les vaisseaux, et cet espace est souvent le siège d'un œdème dont on retrouve le coagulum.

Nulle part le caillot n'est en voie d'organisation ; il est évidemment récent et l'hémorragie doit dater des derniers jours de l'existence.

La substance cérébrale elle-même est le siège d'une vascularisation énorme, sans hémorragie cependant.

Dans les préparations au Weigert-Pal, les vaisseaux se présentent comme injectés et on y voit plus facilement cette vascularisation.

Quant aux autres lésions, elles sont typiques; il y a atrophie complète des fibres corticales, atrophie des cellules, infiltration embryonnaire péri-vasculaire généralisée des petits vaisseaux. Il y a lieu de remarquer que cette infiltration est moindre qu'on ne s'y serait attendu dans ce cas.

Les gros vaisseaux sont relativement peu lésés, ainsi que les vaisseaux méningés eux-mêmes.

On rencontre par plaques l'infiltration habituelle des méninges, ailleurs de l'œdème. Mais on ne trouve nulle part de lésion de méningite que l'on puisse qualifier de récente.

Le terme adopté pour désigner la lésion n'est donc peut-être pas très exact; on pourrait dire qu'il y a simplement hématome de la méninge molle. Mais on sait que le terme de pachyméningite est couramment employé dans le sens d'hématome de la dure mère, dans des cas où l'on ne saurait dire qu'il y ait véritablement méningite.

Enfin au point de vue étiologique, le fait reste obscur, comme l'est aussi la pachyméningite vulgaire. Il y a lieu seulement de signaler les accidents scorbutiques antérieurs; mais l'hémorragie est trop récente, comme cela a été indiqué tout à l'heure, pour qu'on puisse la leur rattacher certainement (1).

L'autopsie qui fut faite par M. le Dr Crété, interne du service, dut malheureusement rester bornée à l'examen du cerveau.

#### DISCUSSION

M. GILBERT BALLEZ. — M. Trénel nous a dit que la malade avait présenté de la paralysie des extenseurs des

---

(1) Je noterai ici que dans d'autres cas de scorbut j'ai trouvé de la pachyméningite hémorragique et, une fois, une sorte d'encéphalite hémorragique.

doigts. Pourquoi y a-t-il eu chute des mains? Y avait-il de la polynévrite?

M. TRÉNEL. — Oui. La malade a eu une polynévrite double.

M. GILBERT BALLE. — Le diagnostic paralysie générale était-il bien certain?

M. TRÉNEL. — Oui. Il y avait de l'infiltration de la pie-mère, de l'œdème généralisé, de l'atrophie cellulaire, de l'infiltration périvasculaire, mais pas d'adhérences des membranes.

M. BRUNET. — Les adhérences des membranes sont la règle dans la paralysie générale, au moins à la dernière période de cette affection. Je les ai toujours trouvées, excepté dans deux cas à marche très lente. Le diagnostic paralysie générale ne me paraît, dans le cas de M. Trénel, confirmé ni par les lésions, ni par la symptomatologie.

M. TRÉNEL. — En ce qui concerne l'autopsie, je ne l'ai pas faite moi-même et j'ai trouvé le cerveau dans le formol. Mais les lésions microscopiques, quoique peu accusées, me paraissent décisives. Il y a, sans aucun doute, des cas de paralysies générales sans adhérences.

### De la perte de la vision mentale chez certains persécutés. Interprétation délirante du phénomène,

par le D<sup>r</sup> P. DHEUR.

Dans une remarquable observation, due au professeur Charcot, et publiée par M. Bernard (1), nous trouvons pour la première fois signalée la perte de la vision mentale chez un mélancolique anxieux. Le malade avait perdu la mémoire visuelle des objets, ne pouvant plus se représenter mentalement les paysages, les personnes, les choses qui lui étaient familières, ne parvenant plus même à faire revivre dans son souvenir les images de ses parents et de ses amis, ce qu'il faisait autrefois avec la plus grande facilité.

Cotard (2), qui, déjà, l'année précédente, avait publié

(1) *Progrès méd.*, 21 juill. 1883.

(2) Délire des négations. *Arch. de neur.*, 1882, nos 11 et 12.

sa première et remarquable étude sur le délire des négations, laissant volontairement de côté toute interprétation du phénomène, toute recherche de psychologie pathologique, fut étonné et séduit par ces faits. Il se mit à la recherche de faits semblables, et, en effet, dans un article qui parut peu après, il cita plusieurs observations identiques à la première (1).

N'y a-t-il, se demande l'auteur, dans la coexistence de cette forme vésanique et de la perte de la vision mentale, pas autre chose qu'une coïncidence fortuite?

Ce voile qui sépare le mélancolique de la réalité objective, cette altération des sentiments affectifs et moraux, cette négation systématique, même dans certains cas, ne serait-il pas la simple interprétation malade du phénomène?

Quelque séduisante que lui paraisse cette explication, l'auteur n'ose pas conclure, et reconnaît même les difficultés insurmontables que l'on doit rencontrer dans les recherches cliniques propres à élucider ce problème difficile.

Dans les travaux d'Arnaud (2), de Toulouse (3) et surtout de Séglas (4), sur la mélancolie anxieuse, nous trouvons plusieurs fois signalée la diminution de la représentation mentale chez des mélancoliques.

Ces auteurs, Séglas surtout, ne voient là qu'une des conséquences de l'altération de la personnalité, provenant des troubles esthésiques et de ceux de la nutrition, altération qui se manifeste aussi bien par des troubles de la perception que par ceux de la représentation, et qui, il est vrai, contribue en grande partie à développer le délire des négations. Le malade, ne voyant plus les objets comme autrefois, ne les reconnaissant plus, les nie.

Il est de toute évidence que cette façon de voir est celle qui s'applique le mieux à la grande majorité des

---

(1) Perte de la vision mentale, dans la mélancolie anxieuse. *Arch. neur.*, 1884.

(2) *Ann. méd.-psych.*, 1892.

(3) *Ann. méd.-psych.*, 1893.

(4) *Arch. de neur.*, 1884. *Progrès méd.*, 1887. *Ann. méd.-psych.*, 1889. Congrès de Blois, 1892.

mélancoliques qui se plaignent simplement de ne plus voir les choses que d'une façon confuse, de n'être entourés que par des ombres, que par des apparences.

Cette opinion, quoique s'écartant sensiblement de la façon de voir de Cotard, est donc celle qui est le plus généralement adoptée ; cependant il faut pourtant reconnaître que dans certains cas les troubles de la représentation mentale se montrent d'une façon si précoce, avec une telle netteté, que leur rôle dans la formation d'un délire doit être considérable. Il faut reconnaître aussi que ce délire n'est pas toujours un délire mélancolique à proprement parler.

Pour étudier l'influence que peut avoir la perte de la vision mentale dans la formation d'un délire, ou tout au moins pour se rendre compte des modifications que cette lésion peut imprimer au délire, j'ai cru intéressant de faire des recherches dans ce sens, chez des persécutés. D'autres pourront ainsi continuer le parallèle si intéressant fait, au Congrès de Blois, entre les mélancoliques et les persécutés négateurs.

#### OBSERVATION I.

*SOMMAIRE. — Dégénérescence mentale avec prédominance d'idées de persécution. — Hystérie. — Perte de la vision mentale imprimant un caractère particulier au délire. — Etat simulant la démence. — Odyssée extraordinaire de la malade.*

Le père de M<sup>me</sup> Marthe était très original : un de ses frères est aliéné et alcoolique. Un oncle, du côté paternel, a été interné. Sa sœur a des crises d'hystérie.

Enfant, elle était très nerveuse, autoritaire, très vive. Elle a eu des crises de somnambulisme dans sa jeunesse, mais pas de maladie infectieuse.

M<sup>me</sup> Marthe est une ancienne vendeuse d'un des plus grands magasins de confections de Paris, elle a été chargée il y a quelques années de prendre la direction d'une succursale que cette maison l'avait chargée de fonder en Afrique.

Arrivée dans ce pays, elle se sent presque immédiatement en butte à des vexations de toutes sortes. Elle accuse un des associés de vouloir la supplanter et de la dénigrer constamment pour arriver à ce but. Les employés font tout leur possible pour lui être désagréables, et la surnomment « la fouine ». Mais ce



sont surtout les serviteurs arabes qui sont ses plus grands ennemis; ceux-ci la tiennent dans un état d'hypnotisme constant.

« Voici, dit-elle, à quoi elle s'est aperçue qu'elle était hypnotisée :

« Autrefois, quand elle voulait composer une robe, draper un corsage, elle se représentait d'abord dans son esprit ce qu'elle voulait faire, elle voyait très nettement ce qu'elle allait exécuter; si elle voulait rectifier un travail fait par une de ses ouvrières, elle voyait de suite le changement à faire et l'effet produit par cette rectification.

« Aujourd'hui qu'on l'hypnotise, elle ne sait pas ce qu'elle va faire du morceau d'étoffe qu'elle a dans la main: si elle copie un modèle, cela va encore; mais, si elle veut lui faire subir quelques modifications, elle est toute désorientée, et, ne sachant pas à l'avance ce qu'elle veut faire, elle dépense un temps énorme pour n'arriver qu'à un piètre résultat. »

Elle revient à Paris pour se soustraire à ses persécuteurs, et dans le paquebot, tout le temps de la traversée, elle reçoit encore des feux électriques.

24 mars 1898. — Dès son arrivée à la maison de santé, elle semble abandonner ses idées de persécution, et montre même une très grande confiance en tous ceux qui l'entourent.

Elle cause assez gentiment, mais il n'est guère question dans tous ses discours que de choses pouvant la faire valoir, de personnes haut placées, avec lesquelles, dit-elle, elle se trouve en relation.

Elle parle un peu de tout, et veut avoir l'air de tout connaître, d'être, en un mot, une femme vraiment supérieure.

Elle croit sérieusement à la réalité de ses persécutions anciennes, mais n'en crée pas de nouvelles.

Le 13 avril, elle a une crise d'hystérie.

La malade a, du reste, un rétrécissement très marqué du champ visuel à droite et une diminution manifeste de la sensibilité de tout le côté droit.

Le 21 juin, elle sort pour la première fois, sur sa demande et avec l'autorisation de son mari, qui va se révéler à nous, à l'avenir, comme doué d'une faiblesse de caractère remarquable.

Elle rentre le 18 août. Pendant cet intervalle de temps, elle cherche à habiter successivement chez sa sœur, chez sa tante et chez des amis; mais elle revient chez nous, parce que tout le monde lui reproche sa maladie et sa nourriture.

Elle sort encore le 30 septembre, revient d'elle-même le 9 février, se sauve le 18 février, soi-disant pour aller chez son mari, en réalité pour aller à la campagne chez des personnes de sa connaissance.

Le 2 mars, elle revient chez nous, disant que les gens chez qui elle était lui faisaient les pires misères.

Le 11 mars, la malade est frappée pendant vingt-quatre heures du mutisme hystérique. Elle ne prononce pas une seule parole, mais en revanche s'exprime par gestes, et écrit sur un bout de papier : « Je ne parle pas, je ne sais pourquoi, c'est probablement parce que je n'ai pas l'idée de parler. »

Au sortir de cette crise, M<sup>me</sup> Marthe, chez laquelle nous n'avions jamais constaté d'affaiblissement intellectuel manifeste, semble tout à coup frappée de démence. Elle est très calme, mais son langage est d'une incohérence absolue, sa tenue est sale et débraillée. Quelques mots écrits à son mari, n'ont ni sens ni orthographe; elle ramasse tout ce qu'elle trouve, bouts de bois, chiffons, charbon; il y en a plein ses poches et plein sa chambre. Elle oublie de se couvrir, de manger, et si on la force, gâche sa nourriture.

Cet état dure jusqu'au 18 avril, jour où l'on vient tout à coup nous annoncer que la malade vient de faire brusquement une tentative de suicide. Elle a, dit-elle, avalé un paquet formé de cinq épingles et de trois aiguilles.

La malade nous dit qu'elle a agi ainsi parce qu'elle se sent devenir folle, et qu'elle ne veut pas l'être; elle ne regrette nullement ce qu'elle a fait, mais elle nous demande pardon des tracasseries qu'elle nous donne.

La malade est camisolée et examinée avec soin, autant dans le but de l'empêcher de renouveler sa tentative que pour s'assurer que celle-ci est bien réelle.

Du 19 au 24, on retrouve dans ses selles sept épingles et quatre aiguilles, nombre supérieur, par conséquent, à celui accusé par la malade. Celle-ci n'a pas de fièvre, pas de crachements de sang; elle accuse simplement une douleur assez violente le long et au creux de l'estomac. Elle refuse de se faire radiographier.

Le 6 mai, nous recevons l'ordre du mari de la laisser sortir et de la remettre entre les mains de son beau-frère, qui doit la mener à Marseille et la conduire jusqu'au paquebot. Elle sort malgré nos conseils.

Aussitôt en Afrique, M<sup>me</sup> Marthe absorbe une dose considérable de laudanum, sans autre résultat que de se faire vomir. Un autre jour, ayant ses règles, elle prend un bain de mer de plusieurs heures; elle a une syncope dans l'eau, des soldats qui se trouvent là par hasard la sauvent et la raniment avec beaucoup de peine.

Enfin, elle s'échappe en cachette de chez son mari, prend passage sur un voilier et arrive à Marseille. Là, elle va à l'hôpital se plaindre de pertes utérines; on ne veut pas l'écouter, et

alors elle va directement à l'asile pour se faire interner. Au bout de deux ou trois jours, elle cherche à s'évader, descend d'un troisième par la fenêtre; on se voit obligé de la mettre en cellule.

Sur ses demandes réitérées, son mari accepte de la laisser revenir chez nous, et nous la conduit le 8 janvier 1900.

Ici, nous la retrouvons ce qu'elle était avant son départ, sauf les idées de suicide, qui paraissent ne plus exister,

Elle reste toujours persécutée, mais il y a une très grande confusion dans ses idées : on lui fait faire ceci ou cela, mais on, « c'est peut-être moi, ma maladie ; enfin je ne sais pas bien si ce sont eux, ou si c'est moi ».

Mais ce qui est très caractéristique chez elle, c'est une perte partielle de la vision mentale.

« Autrefois, dit-elle, je voyais dans ma tête et je voyais même très bien, mieux même qu'avant d'être malade; actuellement, je ne puis voir presque rien, je ne vois ni l'asile de Marseille, ni ses médecins, ni même mon mari que je viens de quitter. Je vous dirais bien qu'il est brun, qu'il a un grand nez, de la barbe et des moustaches ; mais pour le voir, cela m'est absolument impossible. »

Lorsqu'on lui dit d'essayer, elle fixe le regard, puis ferme les yeux, presse ses deux mains contre ses paupières et finit par dire : « Je ne peux pas, je ne vois pas. »

Son pouvoir de représentation mentale des objets a été progressivement en diminuant depuis un mois ; si elle ne voit pas, dit-elle, c'est parce qu'on l'empêche de voir, malgré tous les efforts qu'elle fait pour conserver dans sa tête le plus possible d'images. Cependant, parmi ces images qu'elle a pu conserver, il y en a deux qu'en tout temps elle s'est représenté d'une façon très nette, c'est l'image d'une surveillante et du concierge de la maison. « Pour que ces deux images soient restées si nettes dans mon esprit, dit-elle, alors que toutes les autres disparaissent, il fallait bien que ces personnes fussent mes protecteurs, et si j'ai demandé à revenir auprès de vous, c'est parce que j'ai cru que cette image était ma planche de salut, mon ange gardien. »

Le 12 janvier 1899, la malade retombe dans cet état semblable à la démence que nous avons déjà constaté une fois, pour une période qui va durer sept mois.

Mais, chose remarquable, la malade déploie une intelligence extraordinaire et retrouve sa parole claire et nette lorsqu'il s'agit de quelque soi-disant accusation portée contre elle par la surveillante. Elle sait admirablement arranger des histoires, lorsqu'elle a fait une bêtise, pour faire croire à son innocence et pour faire porter les soupçons sur ses camarades.

Ce déploiement de ruse, cette transformation momentanée de la malade, qui discute avec des raisonnements quelquefois assez serrés, contrastent violemment avec l'état de démence apparente.

Pendant les mois suivants, nous avons eu encore souvent occasion de faire ces mêmes remarques. Tantôt la malade paraît en démence complète; tantôt, au contraire, elle arrive presque à nous convaincre, tout en gardant les caractères extérieurs de la démence, qu'elle est la malade la plus sage et la plus raisonnable de la maison, et que si parfois elle s'excite un peu, c'est uniquement la faute du personnel, des autres malades et parfois la faute même du médecin; du reste, lorsque l'explication d'un fait devient trop difficile, elle sait parfaitement le nier contre toute évidence.

Pendant le mois d'août se manifeste une grande amélioration; l'incohérence du langage a presque complètement disparu, et la tenue est propre et moins débraillée. La malade se plaint surtout de sa diminution de la vision mentale, qui lui est, paraît-il, extrêmement pénible; et après une assez longue causerie avec elle, nous sommes persuadés que ç'a été là, durant toute sa maladie, une cause de préoccupation constante.

En septembre, elle retombe de plus belle dans cet état pseudo-déméntiel dont nous avons déjà parlé et cela pour une nouvelle période de cinq mois. La démence, ainsi que je l'ai déjà dit, n'est qu'apparente et l'affaiblissement intellectuel, en réalité, peu prononcé pour le moment.

Le 1<sup>er</sup> février, elle reçoit la visite de son mari. Subitement, tous ces phénomènes disparaissent; elle cause avec lui comme une personne tout à fait bien portante. Celui-ci nous fait part de son étonnement. Nous allons trouver la malade et nous la trouvons entièrement transformée.

La figure est souriante, elle nous tend la main, et nous remercie du soin que nous avons pris de la consoler et de lui faire espérer cette visite. Elle reconnaît qu'elle n'est pas encore tout à fait bien, mais les idées reviennent très vite, et elle pense pouvoir nous donner le lendemain des détails sur ce qui s'est passé en elle.

Le lendemain, nous retrouvons le même aspect souriant et heureux. Elle cause volontiers de son état, mais fait encore des efforts assez marqués pour se souvenir et rendre compte de ce qui s'est passé.

C'est toujours, dit-elle, son trouble de la représentation mentale qui est la cause de tout le mal. Si elle a été désagréable, difficile, méchante, c'est parce qu'elle se figurait qu'on lui volait ses images.

Nous l'examinons à ce point de vue et nous constatons que

malgré l'amélioration de l'état mental, la représentation mentale d'images visuelles est presque complètement abolie.

Chose curieuse à noter, pendant le sommeil, la malade retrouve sous forme de rêve sa vision mentale. Elle voit alors, dit-elle, d'une façon superbe, extraordinaire, elle dirait presque anormale. Nous avons déjà vu, du reste, que les quelques images qu'elle avait conservées au début et qui l'avaient décidée à retourner à la maison de santé lui semblaient d'une intensité anormale. Je crois qu'il n'y a là qu'un phénomène de contraste.

Cette amélioration dure quatre ou cinq jours, puis la malade retombe pour de longs mois dans cet état de déniérence apparente qui cache un affaiblissement intellectuel peu marqué mais évident, début d'une démence réelle, dans laquelle tombera probablement la malade.

Depuis lors, elle s'est peu modifiée. Cependant, au mois de novembre 1902, elle sembla, pendant une journée ou deux, retrouver partiellement la raison, et en profita pour nous entretenir encore de la perte de ses images.

Voici textuellement les paroles prononcées, et écrites, pour ainsi dire, sous sa dictée.

D. — Pardon, monsieur, de quelle couleur est notre drapeau? depuis hier je ne le vois plus.

R. — Il est bleu, blanc, rouge.

D. — Voilà du bleu (elle nous montre un bleu très clair), est-ce cela?

R. — Non, voilà la couleur. Et nous lui montrons un bleu de France.

D. — Bien merci.

Je fais apporter trois étoffes répondant aux trois couleurs du drapeau; elle les regarde un grand moment, puis nous remercie.

A présent, fermez les yeux, et cherchez à vous représenter le drapeau.

La malade se met dans l'attitude particulière d'une personne qui cherche à se représenter mentalement un objet. Elle fait des efforts visibles, puis, au bout d'un moment : « Je ne vois rien. — Rien, toujours rien », et elle se met à fondre en larmes.

— Mais si, vous voyez bien certains objets, et il arrive à tout le monde de ne pouvoir, à volonté, évoquer certaines images.

— Je ne vois plus le Bon Dieu, je ne vois plus mon mari; je vois parfois, mais ma vision interne est des plus mauvaises, je perds tout mon pouvoir intérieur, qui est tout; l'extérieur n'est presque rien.

L'on pourrait croire, en lisant ces dernières paroles, que nous avons, sans le vouloir, suggestionné, pour ainsi dire éduqué la malade, qu'en faisant des recherches, en posant des questions, nous lui avons pour ainsi dire, et sans le vouloir, suggéré ses réponses. Je me hâte de le dire, dans cette observation comme dans les suivantes, il n'en est rien. Ceux qui auront occasion de voir de semblables malades, et qui procéderont avec la même réserve que nous, en les interrogeant verront qu'ils n'ont qu'à les laisser parler; ils seront étonnés de la précision des réponses, de l'affinité d'analyse, faite par les malades, d'un phénomène tel que la représentation mentale, qui est en général mal connu du public.

Il faut, pour que le malade parle ainsi, que le trouble apporté dans l'exercice normal de cette faculté soit bien intense, et que ce soit ce trouble même qui arrive pour ainsi dire à lui donner une connaissance parfaite de cette faculté dont il ne se servait antérieurement que d'une façon à peu près inconsciente.

Ce qui frappe surtout dans cette première observation, c'est, non seulement le rôle important que joue la suppression plus ou moins complète de la représentation mentale, mais encore la précocité de son apparition.

Nous croyons qu'en réalité, si la diminution ou l'abolition de la représentation mentale passent assez souvent inaperçues, cela tient, ou à ce que les malades rendent mal compte de ce qu'ils éprouvent, ou à ce que, n'usant que d'une façon très modérée de la représentation mentale dans la vie ordinaire, ils n'éprouvent qu'une gêne relative de sa diminution; cela tient aussi, il faut bien le dire, à ce que l'on fait rarement des recherches dans ce sens.

Cependant, il est certains arts d'agrément et certains métiers pour lesquels un grand développement de cette faculté est absolument indispensable; tels sont ceux des peintres, des sculpteurs et des grandes couturières, véritables artistes dans leur genre.

Que chez une de ces personnes, la vision mentale soit troublée, même à un faible degré, et ce trouble sera loin de passer inaperçu, car il aura de suite les

conséquences les plus funestes. Son influence sur le travail et sur la vie du malade sera même telle, qu'il se montrera souvent avant toute autre manifestation malade, et qu'il sera peut-être même capable, à lui seul, de faire éclore, par exemple, des idées mélancoliques.

Par une coïncidence bizarre, au moment où j'écris ces lignes, on vient me raconter l'histoire de la sœur d'une de mes malades, qui est frappée de l'affection suivante :

Cette demoiselle était première dans un des plus grands magasins de Paris ; un beau jour, il y a de cela à peine un mois, elle s'aperçut qu'il lui était impossible de rien créer de nouveau, ne pouvant se représenter mentalement ce qu'elle désirait faire. Comme notre première malade, elle se trouvait toute désorientée lorsqu'elle avait un morceau d'étoffe dans les mains ; elle essayait bien de le draper au hasard, mais le hasard ne peut beaucoup servir dans un métier où il faut avoir le coup d'œil sûr et rapide.

Les patrons furent d'abord tout étonnés de voir un changement si brusque se produire dans la manière de faire de leur première ; ils firent tout leur possible pour l'encourager, mais ne purent recevoir que cette réponse : « Je ne vois plus ce que je veux faire. »

Finalement, la malade perdit sa place, et alors (seulement alors, nous affirme son beau-frère), elle commença à faire de la mélancolie.

Quoique ce soit là une observation de mélancolique, nous avons cru devoir la reproduire à cause de l'analogie qu'elle offre avec celle de M<sup>me</sup> Marthe. Elle nous montre, en effet, que dans certaines classes de la société, les perturbations de la représentation mentale se montrent de très bonne heure, et pourraient, dans certain cas, être regardées comme la cause même de l'affection. Dans tous les cas, si ce n'est là qu'un symptôme précoce de la mélancolie, il faut bien reconnaître que, par son caractère même, il doit fortement aider les symptômes collatéraux à se développer.

Chez notre malade, les troubles de la représentation mentale se sont montrés aussi tout à fait au début de l'affection ; mais l'interprétation de ce phénomène a été

tout autre : si elle ne voit pas, dit-elle, c'est parce qu'on l'hypnotise, parce qu'on l'empêche de voir, afin de lui faire perdre sa place.

Pendant tout le cours de sa maladie, ce défaut de la représentation mentale semble être son principal souci ; lorsqu'elle dit qu'elle devient folle, qu'il n'y a plus rien dans sa tête, qu'il n'y a plus moyen pour elle d'y rien rappeler, elle fait allusion aux images visuelles qu'elle ne peut plus fixer. Souvent, nous avons trouvé des papiers, qu'elle cachait soigneusement sur elle, et sur lesquels étaient soigneusement écrits des mots dont nous ne comprenions pas le sens ; un jour, elle nous a avoué que c'étaient des noms de choses ou de personnes qu'on essayait d'effacer dans son esprit, et dont elle pensait pouvoir ainsi conserver plus longtemps l'image.

Dans un sens opposé, elle a conservé, étant en Afrique, l'image visuelle très vivace de sa surveillante ; et voyant cette image persister avec tant de netteté, elle a pensé que c'était elle surtout qui devait survivre et empêcher ses images (ou ses idées) de disparaître complètement ; et, voyant en elle sa planche de salut, elle n'a pas hésité à traverser la mer pour venir la retrouver.

Notre malade n'est certes pas une mélancolique, et ne saurait être prise pour telle ; ses troubles de la vision mentale sont pourtant de toute évidence. Elle a su relier à ses idées de persécution la perte de ses images visuelles mentales, tout probablement comme le mélancolique sait relier à ces mêmes idées ce même trouble, pour en faire des idées de négation.

Nous avons déjà signalé ce phénomène bizarre, qu'on observe chez cette malade. A l'état de veille, il lui est impossible d'avoir spontanément ou de provoquer une image visuelle mentale. Pendant le sommeil au contraire, sa représentation mentale a lieu normalement sous forme de rêve. N'est-ce pas là encore la preuve que l'état de rêve est un état en tout semblable à l'état hallucinatoire, et que cet état lui-même n'est qu'une transformation pathologique du fonctionnement normal de la représentation mentale ?

A présent, je veux, en terminant, dire un mot de certaines manifestations, difficiles à interpréter, difficiles même à nommer, je veux parler de cette fausse



démence qui est devenue, pour ainsi dire, l'état habituel de la malade. Je l'ai déjà montrée sans pudeur, débraillée, ramassant dehors toutes espèces de saletés, mangeant des excréments, déchirant ses effets, absolument incohérente dans ses actes, dans ses paroles, dans ses écrits; puis, tout d'un coup, reprenant momentanément toute son intelligence, se montrant même fine, rusée, et presque éloquente.

Que faut-il penser de tout cela?

Je crois qu'il y aurait un véritable travail de recherches à faire sur cette question, et l'auteur qui voudrait l'entreprendre serait puissamment aidé par un travail de J. Moreau (de Tours), intitulé : *La Folie névropathique*, dans lequel on peut relever une observation présentant avec la nôtre beaucoup d'analogie.

Nous avons certainement affaire ici à une dégénérée, à antécédents héréditaires assez nombreux; son délire offre du reste tous les caractères du délire dégénératif; de plus, elle est manifestement hystérique. Or, dans cette association, l'on ne peut refuser à l'hystérie de jouer, elle aussi, son rôle; il est possible, après tout, que ce soit à elle que nous devons cette physionomie très particulière de l'affection.

## OBSERVATION II

SOMMAIRE. — *Dégénérescence mentale.* — *Obsessions.* — *Hallucinations psycho-motrices.* — *Délire de possession.* — *Troubles de la représentation mentale.* — *Idées mystiques et érotiques.* — *Hallucinations multiples.*

Un père et une sœur de M<sup>lle</sup> Juliette sont morts d'une attaque; ce sont là les seuls antécédents avoués. Pour elle, on l'a toujours connue nerveuse, mais elle n'a jamais eu d'affections assez graves, ni de troubles nerveux assez prononcés, pour qu'on ait jugé nécessaire de faire appeler un médecin.

C'est en octobre 1899 que son frère remarqua pour la première fois chez elle un peu de tristesse; ceci en somme semblait être très peu de chose, lorsque vers le 18 décembre de la même année, brusquement, en l'espace de quelques jours, il se fit chez elle un changement total. Elle maigrit, sa figure se tire, se couvre de nombreuses rides. Elle dit que le diable la poursuit sans cesse, qu'elle est possédée, qu'elle veut en finir avec la vie;

et effectivement, elle fait coup sur coup plusieurs tentatives de suicide.

Elle entre à la maison le 8 janvier 1899 et accepte volontiers de se soumettre à un traitement, quoique à son avis ce soit parfaitement inutile, sa maladie n'en étant pas une.

Le lendemain nous trouvons la malade très calme; pour la première fois depuis bien longtemps, elle a passé une bonne nuit, et elle en est presque étonnée.

Elle porte de nombreux stigmates physiques de dégénérescence. Sa figure, quoique amaigrie, reste très animée et même souriante, tandis qu'elle nous raconte l'histoire de sa maladie.

La cause principale de cette affection, nous dit-elle, est un rêve terrible qu'elle fit dans le courant de novembre 1899. Dans ce cauchemar, elle s'était vu traduire devant le tribunal du Christ et condamnée à des peines éternelles. Ce rêve fut, dit-elle, d'une netteté et d'une durée extraordinaires; elle était déjà éveillée depuis longtemps, qu'elle ressentait encore les mêmes angoisses.

De plus, cette idée de se voir condamnée à des peines éternelles ne la quitta plus, et malgré ses efforts, reparaisait avec une tenacité désespérante.

Elle voulait tout d'abord réagir contre son obsession, et le fit, en se disant mentalement toutes les fois que cette idée se présentait à elle : « Qu'il me laisse donc tranquille, le bon Dieu, il m'embête. » Progressivement, l'idée tout en restant la même, la façon de l'exprimer devint plus courte et plus énergique : « Bon Dieu, tu m'em... ». Bientôt elle finit par adresser, malgré elle et à tout bout de champ, les épithètes malsonnantes à son créateur.

Les injures aussitôt sorties de sa bouche, elle se repent vivement de ses blasphèmes, et dit qu'il faut qu'elle soit possédée pour prononcer de pareilles paroles. Il lui semble que si elle pouvait avoir une volonté suffisante, elle pourrait triompher de son obsession. Alors, elle prend de bonnes déterminations, elle dit qu'elle ne veut plus penser qu'au bien, qu'à Dieu, qui est bon et qui la guérira : « Mon Dieu, je vous em... » Voilà la phrase qui sort en ce beau moment de sa bouche, comme si le diable vexé de ses bonnes résolutions, voulait lui prouver que toute lutte était inutile. Ce qu'il y a de plus désespérant pour elle, c'est que c'est toujours au moment où elle cherche à faire le bien qu'elle est poussée à faire le mal. C'est aux heures de la prière que ses impulsions sont les plus violentes.

Un peu de calme revient dans son esprit pendant ses deux premiers mois de séjour à la maison de santé; ses obsessions sont moins fréquentes, les bonnes idées font toujours revivre les

mauvaises ; mais sa langue ne remue même plus dans sa bouche, elle ne craint plus de voir le mot lui échapper.

Au mois d'avril, la maladie reparaît avec toute son intensité ; la malade se plaint d'une voix qui lui parle dans la tête et qui lui dit qu'elle est damnée. A certains moments, cette voix parle dans son estomac ; alors elle l'entend, elle la sent très nettement parler. Lorsqu'elle dit des insultes au bon Dieu, c'est bien elle qui parle ; mais cette voix qu'elle entend dans son estomac, ce n'est pas la sienne, c'est celle du diable.

Cette malade donne encore comme preuve de sa possession, que non seulement toutes les fois qu'elle veut penser à Dieu elle lui dit des insultes, et que la voix du diable vient sans cesse lui dire qu'elle est damnée, mais qu'encore il lui est impossible depuis un certain temps de prier, ne pouvant se représenter ni Dieu ni ses saints.

Nous lui demandons quelques explications à ce sujet et alors elle nous dit que lorsqu'elle faisait sa prière, elle se représentait toujours celui à qui elle l'adressait, sous une forme ou sous une autre ; le plus souvent c'était un crucifix, parfois aussi une statue, qu'elle avait dans l'esprit. Aujourd'hui elle ne peut plus voir ni l'un ni l'autre, en un mot, elle ne peut plus se représenter Dieu.

Nous lui disons de se représenter mentalement son père, ses médecins, divers objets ; après avoir fait plusieurs tentatives, elle nous répond que ça lui est encore impossible, mais que cela ne l'inquiète pas autant que de ne plus voir le Christ.

Dans les mois suivants, la malade reste la même, avec des intervalles de mieux et de plus mal. Pendant les mois d'octobre et novembre, elle cause moins volontiers ; sa figure jusque-là assez souriante, prend un air dur ; elle devient impulsive et méchante, son âme n'existe plus, le diable s'en est emparé. Il ne reste plus que son corps, et c'est le diable qui l'occupe ; c'est elle, le diable, et sa fonction est de faire le mal.

Peu à peu, la malade se transforme, elle semble plongée dans un rêve profond, et passe sa journée à marmotter tout bas. A toutes nos questions elle répond : « Il n'y a rien, ça va très bien. »

Dans le commencement de janvier 1900, sa figure se transforme à nouveau, et indique un vrai bonheur, une réelle béatitude. Elle est bien, elle n'a jamais été si bien. Elle veut être la plus belle, la plus gracieuse, la plus séduisante, etc. ; elle fait des projets d'avenir grandioses. Elle écrit de mauvais vers, mais qui traduisent l'état de satisfaction de son âme.

Entre temps, apparaissent quelques impulsions, des idées érotiques, des actes parfois bizarres, qu'elle refuse d'expliquer.

Cet état dure jusqu'au mois de mars, époque à laquelle la

malade est transférée dans une autre maison. Au moment de sa sortie, elle nous remet sa confession qui peut se résumer ainsi :

Depuis le mois de novembre, elle est en effet bien guérie de ses obsessions et de ses idées de possession démoniaque. Ce qui surtout l'a frappée, c'est qu'un jour, « elle a vu son frère, sa maison, les bibelots qu'elle avait dans sa chambre, avec une netteté incroyable ; elle a cherché à se représenter le Christ, elle a pu le voir mentalement et elle a pu prier ».

Alors, elle a voulu rattraper le temps perdu, remercier Dieu, et en même temps, racheter ses fautes antérieures par des prières.

Mais voilà qu'un jour, pour la première fois, elle entend une voix, et celle-ci bien extérieure, en tout semblable à la voix humaine ; c'est Dieu qui lui parle.

Bientôt, elle tombe dans une sorte de rêve, pendant lequel elle entend la voix de Dieu qui lui parle sans cesse, et qui cause avec elle sur toutes les choses qui concernent la religion. Elle répond de son mieux à ces questions continuelles, et cela avec d'autant plus de soin que c'est son jugement dernier qu'elle passe.

Puis un jour, à son réveil, elle entend la voix de Dieu qui lui dit : « Je t'absous, je suis content de toi, ta place est réservée dans le Ciel. » Depuis ce jour, elle voit à diverses reprises, la Sainte Vierge, la tête d'un vicaire général de sa connaissance, des intérieurs de chapelles, la grotte de Lourdes, etc....

C'est la voix du Seigneur, qui lui avait également dicté plusieurs actes bizarres et difficiles à interpréter.

Cette malade, j'ai à peine besoin de le dire, n'est pas une mélancolique. A part quelques idées d'auto-accusation, qui semblent intimement unies à ses obsessions, elle ne présente aucun symptôme de cette affection. Son délire n'est que l'interprétation de ses obsessions et de ses hallucinations. Sous bien des rapports, elle se rapproche donc plus des persécutées que des mélancoliques ; mais ce n'est pas non plus une persécutée à proprement parler : c'est une persécutée possédée, dans la première phase de sa maladie, une mystique dans la seconde.

Cette observation est intéressante à bien des points de vue ; je ne veux m'occuper ici que des troubles de la représentation mentale.

Dans le cas particulier, la malade interprète ce trouble pathologique, dans le sens de ses idées de possession. C'est le diable qui s'oppose à ce qu'elle voit le bon Dieu, afin de l'empêcher de prier.

En réalité, ainsi que nous l'avons déjà vu, son trouble de la représentation mentale, est beaucoup plus étendu que ne l'accuse la malade ; mais il est facile de comprendre que, dans les dispositions d'esprit particulières où elle se trouve, ce soit surtout de l'image du Christ qu'elle se trouve privée.

Une des conséquences directes de la suppression de cette image est la suppression de la prière elle-même.

Que quelques esprits, en effet, puissent directement élever leur âme vers le Créateur, en contemplant les manifestations de sa puissance, il n'y a là rien d'extraordinaire ; mais ce n'est pas la façon de prier de la majorité des dévotes, qui ont besoin d'une statue, d'un crucifix, en un mot d'une image ou d'un souvenir d'image, auxquels elles puissent adresser leurs prières ; l'Eglise l'avait bien compris, puisqu'elle l'a toléré.

Deux mois plus tard, nous devions du reste avoir une confirmation absolue du rôle énorme que jouait le trouble de la vision mentale dans la façon dont la malade manifestait son délire. Un beau jour, elle a pu se représenter le Christ, et elle a pu prier, ses obsessions ont disparu du même coup.

Sa représentation mentale, tout en lui donnant la faculté de prier, d'évoquer les images de Dieu et des Saints, devait aussi en même temps lui donner la possibilité de créer un nouveau délire.

Sa représentation d'images visuelles était d'abord de beaucoup inférieure à la moyenne ; puis elle devint égale, et enfin, plus tard, supérieure, ainsi que chez les autres mystiques. s'exagérant par l'exercice et sous l'influence du délire.

### OBSERVATION III

SOMMAIRE. — *Délire chronique des persécutions, de date ancienne. — Hallucinations multiples. — Troubles de la représentation mentale.*

M<sup>me</sup> H..., aujourd'hui âgée de quarante ans, est une malade dont nous n'avons jamais pu arriver à reconstituer entièrement l'histoire. Quoi qu'il en soit, il est une chose certaine, c'est que sa maladie est de date relativement très ancienne, et que depuis dix ans au moins elle ne fait que courir de maison de santé

en maison de santé. Quelques mots suffiront, je crois, pour donner une idée suffisamment exacte de son état mental.

Elle a toujours eu des ennemis. Les Lucies, ses maris, ses fausses mamans, lui prennent ses valeurs de tête, ses hygiènes, ses beautés, ses parfums et ses protections. On lui vole ses dedans et ses dehors, on la meubilise, on la chosifie, on lui prend ses soupapes et ses petites naines. Elle empire tout le temps, sa vie ne tient plus qu'à un fil. Depuis qu'elle a perdu son garde-tête et son garde-corps, on lui envoie la machine à odeurs, le gratte-tête et le gratte-tout.

On l'insulte sans cesse. Les Lucies, depuis deux cent cinquante ans déjà, s'ornent de ses gentilleses, de ses parfums divins, de ses millions, de ses beautés. On lui vole ses idées, on se livre sur son corps à des manœuvres obscènes.

Mais, parmi ses persécuteurs, se trouvent au premier rang, les doublures et les triplures des personnes qui l'entourent, ses six maris, et ses quatorze mamans.

En réalité, elle sait parfaitement qu'elle n'a qu'un vrai mari, qu'une vraie maman, et qu'il n'existe qu'une personne de chaque espèce; mais les autres qui empruntent l'aspect extérieur, la voix et même certaines qualités morales des premières, existent aussi pour elle.

Il y a, par exemple, entre le vrai mari, le n° 1 et le n° 2, une toute petite différence, mais qui lui est pourtant suffisante pour les distinguer; il en est de même entre le n° 2 et le n° 3, etc... Tous ressemblent plus ou moins au n° 1.

Nous n'aurions certainement pas eu l'idée de rechercher l'état de la représentation mentale chez cette malade, qui au premier abord semblait devoir très mal se prêter à un examen de ce genre. C'est d'une façon tout à fait accidentelle, que nous avons été entraînés à le faire.

Un jour, nous nous informons de l'état de sa vue, et à notre grande surprise, nous lui voyons interpréter le mot vision, dans le sens de représentation mentale visuelle. Nous lui demandons quelques renseignements complémentaires, feignant d'avoir mal compris, et voici textuellement ce qu'elle nous répond :

« Tout le monde me cécite. Je ne puis voir ma sœur, car on me rend la faculté de la voir intérieurement, de plus en plus difficile. Normalement, il existe une communication entre le cerveau et l'œil; on m'interrompt souvent cette communication, m'ôtant ainsi la faculté de faire communiquer le cerveau avec l'œil, et l'œil avec le cerveau. L'on me supprime mes images, et mes visions elles-mêmes sont aussi imparfaites que les images qu'elles représentent. Les mots eux-mêmes n'ont pas pour moi, la même signification qu'autrefois. »

Huit jours plus tard, nous l'examinons à nouveau.

Elle vient de recevoir sa sœur, il y a à peine une heure, et ne peut se la représenter mentalement, même d'une façon imparfaite. Cependant, elle reconnaît qu'il n'en est pas toujours ainsi ; il y a des moments où elle voit mentalement quelque chose qui lui ressemble ; elle ne la retrouve tout à fait que lorsqu'elle la voit réellement. Il en est de même pour son timbre de voix, dont elle ne peut se faire une idée ; mais, lorsqu'elle l'entend parler dans une chambre à côté, elle sait parfaitement que c'est elle qui parle.

Lorsqu'elle voit divers personnages, en hallucinations, elle a la même impression que lorsqu'elle se les représente mentalement ; cela leur ressemble bien, mais ce n'est pas tout à fait ça. Par contre, les images du rêve ont conservé toute leur netteté.

Il lui est impossible, de composer de tête un dessin, alors qu'elle croit pouvoir assez facilement copier.

Elle était très bonne musicienne, mais aujourd'hui, elle a énormément de peine à retrouver les airs ; elle répète dix et vingt fois les paroles de *Rigoletto*, sa pièce favorite, avant de faire surgir dans son esprit l'air qu'elle cherche.

Dans cette observation, on voit que non seulement la vision, mais encore l'audition mentale, semble s'opérer d'une façon tout à fait imparfaite.

Il serait téméraire de rechercher dans ce cas particulier, quel rôle a joué ce trouble dans la formation du délire ; mais, ne semble-t-il pas qu'il y ait une relation étroite entre cette défectuosité de la représentation mentale et la multiplication des personnalités, des gens qui l'entourent ? Ne semble-t-il pas qu'une série d'images, plus ou moins incomplètes, plus ou moins défigurées, et qui peuvent reparaître avec les mêmes imperfections, lui ait servi à créer ses nombreux maris, ses nombreuses mères, etc... Tout dans la conversation de la malade semble l'indiquer. Ce qui nous le fait encore supposer, c'est que son vrai mari, elle ne le voit qu'en rêve ; or, nous avons vu ce fait curieux, déjà constaté chez la première malade, c'est que les images seules du rêve se présentent avec toute leur netteté.

Je crois avoir suffisamment développé les observations, les avoir analysées avec assez de détails, pour ne pas être obligé de les discuter à nouveau. Ce travail, aussi long soit-il, est du reste trop incomplet pour me permettre de faire un résumé. Des faits nouveaux nous permettront peut-être un jour de faire une étude plus générale, d'où l'on pourra tirer des conclusions plus fermes.

Pour le moment, je m'estimerai heureux si la publication de ces quelques faits peut provoquer de nouvelles recherches, qui, j'en suis persuadé, aideront puissamment à l'étude de certaines formes délirantes.

#### DISCUSSION

M. GILBERT BALLEZ. — Cette question des troubles de la représentation mentale dans les psychoses a été jusqu'ici trop négligée. Chez certains malades, la faculté de représentation est très exagérée; chez d'autres, elle est abolie ou amoindrie. Les observations de M. Dheur sont pleines d'intérêt.

M. PHILIPPE demande si M. Dheur a observé que quelques-unes de ses malades conservaient, à côté des images dans le rêve qu'il a signalées, d'anciennes images non usuelles, très rarement évoquées et qui n'avaient pas subi le même sort que les images usuelles.

M. DHEUR fait une réponse affirmative.

M. PHILIPPE. — En ce cas, ce fait me semble se rapprocher, par un côté seulement, du cas des aveugles qui continuent de rêver avec des images visuelles, quand leur cécité a été postérieure à une époque où leurs images visuelles mentales étaient bien installées (7 ou 8 ans ordinairement). N'est-il pas un élément mental encore mal défini, mais qui sert d'intermédiaire entre nos sensations actuelles et les représentations anciennes que nous associons à ces sensations actuelles (grâce à l'élément intermédiaire), pour former nos images mentales usuelles, celles dont nous nous servons tous les jours. Chez les malades observés, M. Dheur n'a pas relevé de graves désordres de ces deux termes extrêmes : d'un côté, dans la sensation actuelle, et, de l'autre, dans les images anciennes usuelles. Mais il y aurait à voir, si possible, ce qu'est devenu l'élément intermédiaire.

**La sitiomanie symptôme de mélancolie intermittente,**

par M. GILBERT BALLEZ.

Au mois de juillet 1900, dans une communication que j'ai faite à la Société de Neurologie, j'ai soutenu que la sitiomanie était, au moins dans certains cas, un syndrome



associé à la mélancolie intermittente, dont il constitue alors la manifestation la plus en évidence. « J'estime, disais-je, que les accès de sitiomanie, au moins un certain nombre d'entre eux qui se distinguent par la brusquerie de leur début et de leur terminaison, par l'intégrité de l'état mental dans leur intervalle, par les signes de tristesse et de dépression qui les accompagnent, doivent être rapprochés bien moins des paroxysmes que les obsessions présentent souvent chez les déséquilibrés, que des accès de folie périodique, particulièrement de mélancolie intermittente. »

J'ai observé récemment un nouveau fait qui vient à l'appui de ma thèse. Je regrette que les circonstances dans lesquelles la malade a été soumise à mon examen ne m'aient pas permis de la conduire ici et de ne pouvoir vous en donner qu'une observation un peu laconique. Mais telle qu'elle est, cette observation n'en est pas moins typique.

Il s'agit d'une dame de quarante ans environ, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être relevés. Au mois d'octobre 1902, elle fut prise brusquement de tristesse, d'insomnie, d'incapacité au travail, d'anesthésie morale, et peu après d'un besoin irrésistible de manger. Elle eût passé sa journée à absorber, sans plaisir d'ailleurs, les mets solides les plus divers, si par prudence son mari ne l'eût rationnée. Après quelques semaines, la tristesse et la sitiomanie disparurent simultanément.

Au début de février dernier, apparition d'une nouvelle crise survenue comme la première sans motif appréciable. Comme la première fois on constate tous les signes qui caractérisent d'ordinaire la mélancolie intermittente : apathie, impuissance à se déterminer, anesthésie morale complète, grande tristesse avec vagues idées de suicide, insomnie, légère céphalée. Mais de plus, comme lors de son premier accès, la malade éprouve un besoin impérieux et constant de manger. Elle absorbe d'ailleurs les aliments solides quels qu'ils soient qui sont à sa portée, pain, viande. Elle les mange sans goût, sans plaisir. Mais il lui semble que cela doit la soulager de manger. A la vérité il n'en est rien et la malade se désespère de ne pas arriver à dissiper le

malaise qu'elle éprouve et qu'elle ne peut d'ailleurs définir avec précision. Tout en mangeant beaucoup elle boit à peine; elle a engraisé un peu, mais non d'une façon très notable.

Cette malade n'est certainement pas une simple impulsive. Avant son premier accès et dans l'intervalle du premier et du second elle était parfaitement normale. La brusque apparition et la non moins brusque disparition de la sitiomanie dans son premier accès, son association aux signes habituels de la mélancolie intermittente nous autorisent à considérer la malade comme atteinte de cette dernière affection. Elle rappelle du reste presque trait pour trait la mélancolique dont nous avons communiqué le cas à la Société de Neurologie et qui, lorsque nous l'avons observée, en était à son cinquième accès mélancolique.

#### DISCUSSION

M. BRIAND demande s'il y avait du sucre dans les urines.

M. GILBERT BALLEZ. — Les malades n'étaient pas glycosuriques.

M. PAUL GARNIER. — Quel est, d'après M. Ballet, le rapport entre la mélancolie et la sitiomanie? Le syndrome de la sitiophobie est bien plus en rapport avec l'état mélancolique.

M. GILBERT BALLEZ. — Deux points sont à distinguer. Premier point : le diagnostic de la mélancolie intermittente était très net : apathie, anesthésie morale, incapacité au travail. Deuxième point : sur ce fond de mélancolie est venu se greffer la sitiomanie. Les deux malades racontent leurs obsessions à absorber des aliments ; ce n'était pas pour le plaisir de la table ; c'était dans la pensée de soulager la souffrance qu'elles éprouvaient.

M. PAUL GARNIER fait le rapprochement entre la mélancolie du dipsomane, obsédé par la satisfaction d'un besoin, qui lutte contre la satisfaction de ce besoin et qui est triste parce qu'il se sent entraîné malgré lui. Ces malades sont en somme des obsédés.

M. MAGNAN. — Les dégénérés ont des accès de ce genre, tantôt à forme dépressive, tantôt à forme expansive.

M. GILBERT BALLET. — Ma malade ne présentait pas d'antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être relevés.

M. MAGNAN. — Il faut procéder avec le plus grand soin à la recherche des antécédents. Les parents ou les malades eux-mêmes prétendent tout d'abord n'avoir jamais rien présenté d'anormal, et, le plus souvent, un examen plus approfondi révèle l'existence de tares ou d'obsessions, ou d'autres syndromes.

M. PAUL GARNIER. — Quel est, d'après M. Ballet, le mécanisme mental qui relie la sitiomanie à l'état mélancolique? Dans la mélancolie, on observe plutôt la sitiophobie. M. Ballet n'a-t-il pas été frappé de la ressemblance entre les symptômes qui, dans ces cas, ont accompagné la sitiomanie et ceux qui, d'habitude, s'observent chez les dipsomanes?

M. GILBERT BALLET. — L'analogie que relève M. Garnier est tout à fait exacte. Je l'ai fait ressortir dans ma première communication à la Société de Neurologie. Elle m'amène à penser, non pas, comme semble l'admettre M. Garnier, que mes sitiomanes soient de simples impulsifs; mais que certains dipsomanes ne sont que des mélancoliques intermittents. M. Garnier, j' imagine, pourrait difficilement contester ma manière de voir, si je lui apportais une observation de sitiomane chez laquelle avaient existé des accès multiples de mélancolie sans sitiomanie avant l'apparition des accès avec sitiomanie. Or, M. Magnan a publié un cas de cet ordre.

M. MAGNAN. — Sans doute. Mais on peut penser qu'il s'agissait de simples accès de dépression mentale chez une dégénérée, et non d'une mélancolie intermittente.

M. GILBERT BALLET. — Il me semble pourtant que la brusque apparition et la brusque disparition des accès, l'intégrité de l'état mental avant leur développement et dans leur intervalle, n'autorisent pas à admettre que mes malades fussent ce qu'on appelle des dégénérées.

M. ARNAUD. — La seconde malade de M. Ballet a quarante ans. Si jusqu'à cet âge elle n'a présenté aucun désordre mental, il me paraît difficile de supposer qu'elle

soit atteinte de dégénérescence. J'ai d'ailleurs vu des mélancoliques typiques atteints de boulimie.

M. MAGNAN. — On observe cependant, quoique rarement, des malades chez lesquels les premiers accès d'obsession ou d'impulsion ne se manifestent qu'à l'âge de trente-cinq ou quarante ans.

*Des rapports de la paralysie générale et des névroses.*  
*Discussion.*

M. MARIE. — La question des rapports des névroses et de la paralysie générale touche aux délicats problèmes de la nature même du nervosisme et de son mécanisme physio-pathologique. En même temps elle soulève la question du terrain dégénératif sur lequel peut germer la méningo-encéphalite diffuse ; par ce dernier côté la nature même de cette dernière, les causes de sa progression en nombre, ses altérations primitives et ses facteurs étiologiques héréditaires ou personnels, se trouvent en cause également.

HISTORIQUE. — Ainsi que je le rappelais à propos d'une précédente communication sur l'hystérie dans la paralysie générale, les premières observations de névropathie coïncidant avec la méningo-encéphalite parurent exceptionnelles.

M. Régis en 1882, MM. Rey et Charpentier en 1886 et 1890, les regardaient comme des curiosités rares, ainsi que Liebouchine (Société neurologique de Moscou 1899), à l'étranger.

Il semble même qu'au début on ait eu tendance à soutenir pour l'hystérie ce qu'on a renoncé à soutenir pour les suppurations et la tuberculose, que l'on supposait pouvoir enrayer la marche de la paralysie générale par une sorte d'incompatibilité entre les deux processus.

Cependant si on considère les névroses diverses au lieu de s'en tenir à une seule, on remarque de suite que les cas sont plus fréquents qu'ils ne paraissaient tout d'abord, de paralysie générale associée à ces névroses.

C'est peut-être aussi parce que nous voyons rarement, à l'asile, les malades à une phase assez précoce de leur maladie.

Ils nous viennent généralement après cette période de soi-disant lutte entre la névrose et la sclérose diffuse naissante des centres nerveux.

Le plus souvent la paralysie générale confirmée efface tout rappel de la névrose antérieurement existante ou latente, et le malade entrant n'en présente plus trace ; la phase destructive est trop avancée, le malade paralytique entre alors que l'affection a parcouru déjà les longues étapes de la dynamique fonctionnelle.

Autrefois considérée comme surmenage causal cette phase mieux appréciée peut être souvent considérée comme l'effet précoce de lésions ignorées dans leur nature, qu'on peut faute de mieux appeler les lésions proparalytiques, réparables peut-être, alors qu'on les ignore encore.

A vrai dire, les névroses ne sont pas toujours effacées totalement à la phase de paralysie générale confirmée ; dans les cas de rémission ou même de demi-rémission, on peut voir reparaître des signes de névrose plus ou moins nets qui s'effacent ensuite à nouveau si une rechute arrive ; nous avons signalé un cas de chorée de ce genre.

D'autres fois, au lieu de ces alternatives on voit les signes de névrose s'atténuer progressivement, à mesure que s'accroît la déchéance paralytique.

Telle est la malade dont M. le professeur Joffroy a bien voulu nous communiquer le cas.

Cette observation diffère de celle de Régis et de Charpentier, pour qui la névrose enrayerait la méningo-encéphalite dans une certaine mesure et en modifie l'évolution : elle se rapproche au contraire des cas de femmes à la fois paralytiques et hystériques observés par M. Rey, où la marche de la méningo-encéphalite ne parut pas modifiée.

Les deux cas tout récents communiqués par M. Vigouroux et Juquelier, appartiennent aux deux types ; dans l'un la névrose cède manifestement le pas à l'affection organique, alors que dans l'autre il y a coexistence pendant un certain temps.

— Arrêtons-nous un moment à la première en date de ces observations, celle de M. Régis : considérée comme cas de paralysie générale, cette observation pré-

sente plusieurs particularités qu'il est permis de qualifier d'exceptionnelles. Les principales de ces particularités sont les suivantes.

1° Au point de vue symptomatique : l'existence : *a*, d'un tremblement nerveux, qui à certains moments venait s'ajouter au tremblement paralytique, et augmentait, ainsi d'une façon notable l'embarras de la prononciation ; *b*, d'attaques convulsives hystériques qui sont survenues à plusieurs reprises et sous forme d'accès ; *c*, d'un délire étrange, coloré, changeant, qui accompagnait les attaques ; *d*, de phénomènes d'extase ; *e*, d'hallucinations surtout visuelles, imagées, mobiles et variables à l'infini ; *f*, enfin, la substitution au caractère habituellement expansif ou indifférent des paralytiques du caractère fantasque et bizarre de névropathes.

2° Au point de vue de la marche : l'allure rémittente, capricieuse, mouvementée de la maladie, si différente de l'évolution graduellement progressive de la paralysie générale, et qui s'est traduite par la succession tantôt singulière, tantôt désordonnée de périodes d'agitation, de calme, de dépression.

3° Au point de vue de la durée : l'arrêt du processus morbide si complet et si prolongé, qu'au bout de deux ans, c'est-à-dire après un temps plus considérable qu'il n'eût fallu pour emporter un paralytique ordinaire ou le plonger tout au moins dans la démence la plus profonde, le malade fait preuve d'une conservation presque absolue de l'intelligence et de la mémoire, et que sa mort, survenue d'une façon tout accidentelle, ne laisse constater que les lésions de la paralysie générale au début, ce qui permet de supposer que sans l'intervention si inopinée de l'affection intercurrente, une fièvre typhoïde, elle se fut prolongée encore pendant plusieurs années (1). « Il semblerait, dit Huchard en s'appuyant sur ce fait, exister dans certains cas une sorte d'*antagonisme* entre l'hystérie et les maladies organiques du système nerveux, l'hystérie jouant alors le rôle d'*affectation dérivative* ; en ce sens les nombreuses manifestations

---

(1) Régis. *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1882, et Charrière, *Thèse*, Paris, mars 1882.

qui la constituent agiraient sur ces maladies organiques par une sorte de *dérivation*, pour en retarder la marche et en arrêter l'évolution. »

Les affections organiques du système nerveux, chez les hystériques, peuvent-elles être influencées par la névrose dans leur marche ou dans leurs évolutions, au point qu'elles puissent être méconnues? Une observation rapportée par M. Maurice Raynaud (1) semblerait l'indiquer; les symptômes attribués pendant la vie à la seule névrose devaient être très vraisemblablement rattachés à l'existence d'une méningite spino-bulbaire intercurrente constatée à l'autopsie. Axenfeld et Huchard ont vu un *tabes dorsalis* qui avait été méconnu chez une hystérique, et dont les accidents avaient été pour ainsi dire obscurcis par la prédominance des troubles névrosiques.

Ball, en 1883, établissait aussi une opposition nette entre la paralysie générale et les folies proprement dites « qu'elle n'engendre pas et dont elle ne saurait naître », dit-il. Elle naît des maladies cérébrales et manifeste son hérédité par des tendances congestives. » (*Encéphale* 7-8 et *Thèse Sauton*, 83, p. 39. Hérédité morbide vésanique et paralysie générale).

Par analogie avec les psychoses, Régis transpose cette thèse dans le domaine des névroses et soutient la théorie de « l'antipathie profonde entre les tempéraments nerveux et la paralysie générale ».

Celle-ci ne se développerait presque jamais chez les hystériques « lorsque par exception cela s'observe, on voit une lutte permanente entre la névrose et la paralysie générale qui prend de ce fait une physionomie et une allure tout à fait spéciale. » (La paralysie générale chez la femme, *France médicale*, t. II, 1882.)

Il est bien évident que dès qu'un élément surajouté se mêle à la paralysie générale, il en résulte un tableau clinique particulier qui peut prêter à erreur et embarras, comme dans tous les cas de maladies différentes combinées; mais l'évolution de la maladie paralytique est-elle bien réellement enrayée dans les cas de névroses

---

(1) M. Raynaud. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1881.

associées ? La lutte supposée ne se passerait-elle pas dans l'esprit de l'observateur hésitant entre deux diagnoses plutôt que dans l'encéphale du malade ? Les observations nouvelles que l'on a relevées depuis 1882 sont loin d'être toutes confirmatives de la première façon de voir ; si on considère les névroses en général associées à la méningo-encéphalite, on voit qu'il y a peut-être au moins autant de cas de ce genre où la paralysie générale évolue normalement qu'il y en a où elle prend une allure rémittente et plus ou moins retardée.

Ces derniers cas de paralysie générale à rémission sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents que l'opinion courante ne l'enseigne ; je n'en veux pour preuve que le travail de M. Vallon sur les rémissions dans la paralysie générale (1) ; et les preuves abondent aujourd'hui de la coexistence possible de la paralysie générale classique, non rémittente, avec les troubles mentaux dégénératifs ou autres en même temps qu'avec les névroses.

Sans vouloir faire une étude bibliographique minutieuse des documents que j'ai pu recueillir, il me paraît ressortir néanmoins certains points qui peuvent déjà guider dans le classement des faits nombreux et parfois disparates que fournit l'étude des rapports des névroses et des affections organiques du cerveau, en particulier la paralysie générale.

Car au risque de m'exposer à paraître sortir de la question posée, j'ai cru pouvoir étendre mes recherches aux scléroses cérébrales et médullaires autres que la paralysie générale, pensant pouvoir en tirer argument par analogie lorsqu'elles se trouvent associées aux névroses.

Pendant une période on trouve des observations éparses de syndromes hystériques simulant des maladies organiques du système nerveux, paralysie générale comprise.

A cette époque la névrose est la grande simulatrice qu'on s'attache à démasquer comme seule en cause ; jusqu'ici pas de mélange, pas de coïncidence à proprement parler, pas de juxtaposition d'éléments différents :

---

(1) Vallon. *Pseudo-paralysies générales*. Masson, 1894.



la névrose suffit à tout expliquer, les affections organiques diverses qu'elle simule sont éliminées par un diagnostic parfois laborieux.

De 1882 à 1886 surviennent les observations de Régis, Charpentier, Rey, auxquelles il convient d'ajouter celle précitée de M. le professeur Joffroy présentée dans ses leçons à la Salpêtrière. Ces auteurs apportent enfin des faits indiscutables de paralysie générale avec hystérie; la coexistence possible d'une affection organique avec une affection névrosique dite *sine materia* s'impose, bien que ceux-là mêmes qui la signalent établissent quand même une opposition entre les deux.

En 1888 Féréol signale l'hystérie coïncidant avec l'atrophie musculaire progressive (Soc. méd. des Hôp.). MM. Joffroy et Ballet signalent dans un domaine voisin des coïncidences analogues telles que l'hystérie, la névrose du goitre exophtalmique, la migraine ophtalmique coexistant avec le tabes.

Charcot a maintes fois appelé l'attention dès longtemps sur l'importance des migraines ophtalmiques à répétition dans la période préparalytique.

On relève en revanche des autopsies, comme celle publiée par Blocq dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* de 1892 (p. 387), sous le titre d'*Associations tabéto-hystériques*; ou celles de Grasset publiées dans le *Montpellier médical* de la même année (p. 227), sous le titre d'*Association hystéro-organique*.

C'est à la même époque que paraît le travail de Babinski dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* (p. 775), sur l'association de l'hystérie et des névroses, avec les maladies organiques des centres nerveux.

Plus récemment, Bonne dans le *Lyon médical* du 15 décembre 1896, signale des cas d'hystérie à forme de sclérose en plaques.

Vires, dans la *Gazette des hôpitaux* du 16 janvier 1897, décrit les associations hystéro-tabétiques.

Dubruille présente au Congrès de Bordeaux de la même année un cas de phénomènes hystériques dans le cours de la paralysie générale, avec accidents de méningite aiguë chez un homme.

Enfin Régis publie dans la *Presse médicale* du 7 avril 1897 une très intéressante leçon sur la neurasthénie dans la paralysie générale, où après avoir fait le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la névrose, il admet la coexistence de la neurasthénie et de la méningo-encéphalite.

Signalons également une série de travaux parus à l'étranger, tels que le travail d'Openheim : « Névrose fonctionnelle liée à des affections organiques des centres nerveux » (*Neurologisches Centralblatt*, 1890-91.)

En Italie le travail de Tonoli sur la paralysie générale progressive et hystérisme (*Gazette medico-lombarde*, Milan, 1892, p. 475). Plus près de nous Dana a décrit l'hystérie associée au tabes dorsal et à la méningomyélite traumatique (*Med. Record*, 1902, New-York, 20 septembre).

Enfin, en octobre 1902, le Congrès annuel de l'Association médicale Britannique mettait à son ordre du jour l'étude des rapports de la neurasthénie avec la folie. Rapporteur Cl. Allbutt.

« Il est une série d'altérations du système nerveux, dit-il, qui ne sont point encore bien distinguées entre elles; nous les appelons toutes neurasthénies, qu'elles soient la phase prodromique de mélancolie, de délire confus ou de folie paralytique, qu'elles suivent une infection ou accompagnent quelques altérations viscérales. Ce que nous appelons neurasthénie *of high tension*, n'est plus du tout la neurasthénie proprement dite. »

A l'appui l'auteur cite un exemple de neurasthénie terminée par la paralysie générale et la mort. (Rapports de la neurasthénie et la folie. Clifford Allbutt de Cambridge, *B. M. J.*, 18 octobre 1902.)

Dans un travail publié avec M. Buvat, interne du service, j'ai relaté plusieurs observations de paralytiques à personnalité alternante et à automatisme graphique comparable à celui des médiums écrivains. (*Archives de Neurologie*, n° 67, 1901.)

Ces cas relevaient probablement de localisations corticales telles que celles qu'a si bien décrites Sérieux à propos de ses paralytiques à troubles psycho-moteurs.

J'ai depuis observé un nouveau paralytique de ce genre poursuivi par des articulations automatiques

obsédantes, consistant en une sorte d'arithmomanie mégalomaniaque où il répétait malgré lui des chiffres variés de millions de dollars, au point de n'en pouvoir manger ni dormir ainsi qu'il s'en plaignait dans des lettres curieuses. Plus tard cet automatisme verbal délirant et obsédant fit place à un tic de toux nerveuse, le gênant également pour dormir et manger ainsi que pour parler. J'observe encore ce malade chez lequel les progrès de la démence ont aujourd'hui effacé ces signes qui rappellent ceux de quelques névroses.

Au récent congrès de Grenoble, M. Obreggia a rapporté trois cas de tics au début de la paralysie générale, et M. Dupré a présenté une observation typique de grosseesse fantôme chez une paralytique générale.

M. le D<sup>r</sup> Klippel a bien voulu me signaler un cas d'écholalie au début d'une paralysie générale qu'il observe en ce moment dans son service.

Je dois dire en terminant un mot de la simulation par le malade qui pent, étant hystérique, simuler la paralysie générale et *vice versa*.

C'est ainsi que j'ai observé un dégénéré longtemps interné à Bicêtre dans le service de M. Bourneville, et que plusieurs de nos collègues connaissaient antérieurement, car il a 11 entrées dans nos asiles.

M. Doutrebente doit le connaître aussi, car il a été interné peu de temps à Blois en simulant la paralysie générale. Comme dégénéré, il a du strabisme paralytique convergent de l'œil droit (paralysie du moteur oculaire externe) et une inégalité pupillaire congénitale. Se trouvant sans ressources à Blois, il est monté sur la statue de la place un jour de marché, proclamant sa qualité de pape et de président de la République. Mais M. Doutrebente eut bientôt fait de dépister sa simulation et le mit dehors.

M. le P<sup>r</sup> Joffroy a présenté dans ses leçons en 1892, un paralytique qui entraît dans une sorte d'état d'hébétéude simulant vaguement la catalepsie, lorsqu'on se livrait sur lui à quelques tentatives d'hypnotisme; c'était une simulation inconsciente et grossière de l'hypnose provoquée, due vraisemblablement à une auto-suggestion de dément, persuadé qu'il entraît ainsi en sommeil somnambulique.

Des données précédentes nous pouvons conclure que

l'on peut observer parallèlement des signes de névroses variées avec le syndrome paralytique.

Si les névroses, en particulier la névrose hystérique, peuvent jusqu'à un certain point simuler le syndrome paralytique (cas de Collet et Lépine de Lyon, *Revue de médecine* n° 12, 1902), on pourrait dire en revanche que la méningo-encéphalite peut au cours de son évolution simuler les névroses, à son tour, en revêtir en certains cas l'allure, et prêter à confusion.

Mais hors ces cas où le diagnostic est discutable, douteux même, comme le montrent les termes employés d'accidents hystériformes, cataleptoïdes, épileptoïdes, choréoïdes, il est des cas où les signes cliniques réalisent le tableau classique de névrose nettement caractérisée.

Ces cas sont surtout nets lorsque le paralytique a présenté de longues années auparavant des atteintes manifestes, parfois répétées, de névroses telles que l'hystérie type ou la chorée de Sydenham.

Les différents syndromes névrosiques peuvent donc s'observer conjointement avec la paralysie générale chez les mêmes malades.

Ces cas de coexistence de symptômes névrosiques divers et des signes de la méningo-encéphalite, bien que relativement rares n'en sont pas moins nombreux dans la science et correspondent à des névroses très diverses.

Il y aurait donc des névroses préparalytiques comme il y a des névroses tardives préséniles ; la période critique qui prépare et précède l'éclosion des premiers signes de la paralysie générale pourrait produire sur l'organisme quelque chose d'analogue aux grandes crises qui suscitent chez d'autres l'éclosion des névroses, comme par exemple les toxi-infections greffées sur les crises dentaires ou pubères, les crises de grossesse ou de lactation, de la ménopause ou de la sénescence.

« Parmi les vérités que les progrès de la neuropathie ont dans ces dernières années mises en relief, il n'en est pas qui ait été plus féconde au point de vue de la nosologie et du diagnostic que la notion de l'association possible chez un même sujet de plusieurs maladies nerveuses. »

Cette citation empruntée au savant rapport de notre

président au Congrès de Clermont (p. 8) s'applique pleinement au présent sujet.

Les faits classiques si bien établis par M. Magnan, de coexistence de plusieurs délires sur un terrain dégénératif d'éclosion de syndromes épisodiques à l'occasion de crises semblables, sont un argument de plus en faveur de notre hypothèse, surtout si l'on admet avec MM. Joffroy et Ballet que les névroses sont en somme une façon de dégénérescence héréditaire particulière, comme le prouve l'étude des généalogies de psychopathes, de ce que l'on appelle la famille névropathique.

Il n'est pas sans intérêt non plus de rappeler ici que la descendance des paralytiques généraux est loin d'être à l'abri des névroses et dégénérescences en général, bien que l'opinion précitée du professeur Ball considère, au contraire, l'hérédité congestive comme seule de règle.

Il n'y a donc en définitive rien d'incompatible entre les deux processus morbides des névroses, d'une façon générale, et de la paralysie générale d'autre part.

On peut du moins, dès à présent, conclure de ce qui précède que :

Toutes les névroses peuvent s'observer conjointement avec la paralysie générale.

Par ordre de fréquence on peut citer : la neurasthénie, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, etc.

Les unes comme les autres se manifestent généralement au début de la méningo-encéphalite, pour s'effacer avec ses progrès le plus souvent, ou reparaître avec ses rémissions.

La paralysie générale dans ces cas n'offre pas fatalement une forme atypique et rémittente.

Le diagnostic est à faire avec les cas possibles de névroses simulant la paralysie générale ou inversement.

L'association réelle des deux vient à l'appui de la conception d'une origine dégénérative de la paralysie générale de sa nature parenchymateuse initiale, et peut être invoquée contre l'hypothèse générale des névroses *sine materia*.

Telles sont les conclusions et hypothèses qui à mon sens cadrent le mieux dans l'état actuel de nos connaissances, avec ce que nous savons et de la paralysie générale d'une part et des névroses d'autre part.

Ainsi peuvent s'éclairer mutuellement les points encore si obscurs de la lésion initiale de la paralysie générale et du substratum organo-fonctionnel des névroses dégénératives.

Telles sont les idées que j'ai cru pouvoir vous soumettre à propos des rapports de la paralysie générale et des névroses ; c'est surtout là un terrain fécond en points de vue variés, bien propre à susciter des discussions fertiles en enseignement, étant données les compétences multiples ici réunies ; je serai heureux si je réussis à les susciter pour mon édification personnelle, conscient du peu que j'apporte moi-même dans une question aussi difficile.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN.

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Académie de médecine.

ANNÉE 1901.

I. — *Sur un mémoire de M. le D<sup>r</sup> Fournier (d'Angoulême) relatif à un cas d'hystérie, catalepsie, phénomènes d'auto-suggestion, de double vue et de télépathie*; par le D<sup>r</sup> Lancereaux, rapporteur (séance du 5 mars). — L'exposé de ce cas n'offre, au point de vue clinique, rien de nouveau; ce qui le rend intéressant, c'est que la malade, s'auto-suggestionnant elle-même, attribue la production de ses accidents hystériques à l'influence d'une autre personne qui n'en peut mais. Le plus fâcheux, c'est que cette personne, incriminée par l'opinion publique à la façon des jeteurs de sorts, s'est vue dans la nécessité de quitter le pays, et son mari d'abandonner l'emploi qu'il occupait dans la région, conséquences regrettables des conceptions délirantes de cette hystérique.

Le D<sup>r</sup> Fournier insiste sur les phénomènes de double vue présentés par sa malade. Elle distinguait manifestement des pièces de monnaie dans la main fermée. Quant aux phénomènes de télépathie ils consistaient en ceci, que chaque fois que la personne supposée douée d'influence sur la jeune hystérique passait dans la rue, devant la maison qu'elle habitait, celle-ci faisait une attaque d'hystérie.

Ce fait intéressant, conclut M. Lancereaux, vient s'ajouter aux connaissances acquises sur les singuliers phénomènes psychiques des hystériques, et sur leurs conséquences fâcheuses, tant au point de vue des rapports sociaux que des erreurs graves auxquelles ils peuvent conduire en justice.

II. — *Le poison absinthique et les essences toxiques similaires, les mesures d'ordre prohibitif qu'ils exigent, propositions à l'Académie de médecine*; par le D<sup>r</sup> J.-V. Laborde (séance du

11 juin). — M. Laborde, rappelant le vote de la loi sur les boissons hygiéniques, qui, par une contradiction dont le secret doit être cherché dans les préoccupations électorales des législateurs, maintient et consolide le privilège désastreux des bouilleurs de cru, demande à l'Académie de s'occuper de la motion platonique votée en même temps par la Chambre et par laquelle le gouvernement a été invité à réclamer de l'Académie l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, afin d'en interdire la fabrication, la circulation et la vente.

M. Laborde propose à l'Académie de renvoyer à sa commission de l'alcoolisme les propositions suivantes :

« I. — Prendre sans plus tarder, en conformité de la motion votée par le Parlement, l'initiative de l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, à l'effet d'en interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente.

« II. — Communiquer, sous forme de vœu, aux pouvoirs publics et au Parlement, la délibération adoptée par l'Académie à ce sujet, après avoir entendu le rapport de la commission. »

Conformément à cette proposition, l'Académie, dans sa séance du 18 juin, a chargé de l'étude de la question la commission de l'alcoolisme composée de MM. Laborde, Lancereaux, Riche, Magnan, Motet et Cornil.

III. — *Sur un mémoire soumis à l'Académie par M. Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille, intitulé : de l'hémichorée pré-paralytique*; par le professeur Raymond, rapporteur (séance du 23 juillet). — M. Raymond fait observer que les observations de l'auteur se rapportent à une question de physiologie pathologique et de localisation cérébrale qui ne sont que très insuffisamment connues.

L'hémichorée peut être pré ou post-paralytique. Il en a donné, le premier, une étude d'ensemble où il concluait que ce phénomène était causé par une lésion qui agit par compression, irritation ou déchirure sur le faisceau qui, dans le pied de la couronne rayonnante, est en rapport avec la partie postérieure de la couche optique. Des travaux plus récents ont montré que, dans quelques cas, il peut dépendre d'une lésion siégeant en un point quelconque du trajet cortico-pédonculaire de la voie motrice. Enfin, un foyer hémorragique ou autre, situé dans la partie postérieure de la couche optique ou dans toute autre région avoisinant la portion cortico-pédonculaire de la voie



motrice, exerce sur les centres moteurs corticaux une irritation centripète qui, réfléchie sur le faisceau pyramidal, provoque, par voie réflexe, les désordres moteurs choréiformes et athétosiques, voire même sans hémiplégie consécutive.

IV. — *Gomme syphilitique du lobe frontal avec attaques d'épilepsie jacksonienne; grave atteinte à la doctrine des localisations cérébrales*; par le professeur G. Dieulafoy (séance du 22 octobre). — Un typographe de quarante ans, d'une bonne santé habituelle, mais ayant eu la syphilis il y a dix ans, est frappé au milieu de la nuit d'une attaque épileptiforme violente.

Deux nuits après, nouvelle attaque « qui n'en finissait pas ».

Le médecin le trouve dans un état comateux, couvert de sueur, la respiration stertoreuse, avec une température de 40 degrés. A ce moment survient une inspiration bruyante, la tête et les yeux se dévient fortement à droite, et aussitôt *le bras droit d'abord*, puis la jambe droite sont agités de secousses rapides et violentes. C'est un accès d'épilepsie jacksonienne. Une dizaine d'accès semblables se répètent coup sur coup; à la suite, le coma se prolonge plusieurs heures.

Transporté à l'hôpital dans le service de M. Dieulafoy, il présente, au cinquième jour de la maladie, de la somnolence et de l'hébétéude. La face est déviée à droite, la commissure est attirée à droite et en bas, la langue est déviée à droite et présente des traces de morsure; les membres du côté droit, le bras surtout, sont flasques, mais non complètement paralysés; la sensibilité paraît diminuée du côté droit du corps. Depuis la veille, on a constaté plusieurs crises convulsives se déroulant ainsi. Tout à coup le malade pousse un grognement étouffé, la face et les lèvres se dévient à droite; en même temps la main droite se contracte, les doigts se recourbent en forme de griffe, et en quelques instants apparaissent au membre supérieur droit des secousses convulsives; les convulsions envahissent bientôt après, et presque en même temps, la jambe droite et le côté droit de la face. Pendant la crise, le malade ne semble pas avoir perdu connaissance.

Le diagnostic topographique paraissait s'imposer; la localisation de l'attaque au côté droit avec prédominance marquée au bras droit, indiquait une lésion de la région corticale motrice du côté gauche. La lésion devait atteindre les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes dans leur territoire moyen et inférieur.

Le malade succomba au bout de plusieurs jours de crises jacksoniennes et, à l'autopsie, on trouva une néoformation occupant toute la pointe du lobe frontal (tiers antérieur des première, deuxième et troisième circonvolutions frontales).

Dans son ensemble la tumeur a la dimension d'un petit œuf et elle s'avance jusqu'à un centimètre du prolongement antérieur du ventricule latéral.

Ses limites sont nettes et la substance cérébrale qui confine à la tumeur n'est nullement altérée. Il s'agit d'une gomme syphilitique. Les circonvolutions motrices sont complètement indemnes.

Ce cas, qui donne tort à la doctrine des localisations motrices, est, dit M. Dieulafoy, loin d'être isolé. Il en a été publié un nombre déjà respectable d'analogues. En sorte qu'une lésion localisée aux circonvolutions du lobe frontal, loin de la zone rolandique, peut reproduire le tableau de l'épilepsie jacksonienne tel qu'on est habitué à le voir à la suite des lésions localisées à cette zone.

M. Dieulafoy se demande s'il existe quelque signe capable de différencier ces deux localisations. Il semblerait, *a priori*, qu'une lésion intéressant le lobe frontal dût s'accompagner de troubles, mais il est loin d'en être toujours ainsi. La présence de troubles paralytiques devrait faire pencher la balance pour une lésion rolandique, mais les phénomènes paralytiques peuvent suivre aussi l'épilepsie jacksonienne par lésion frontale.

Il faut donc admettre qu'il y a une épilepsie jacksonienne d'origine rolandique et une d'origine frontale et que nous ne connaissons, pour le moment, aucun signe capable de les différencier. Ceci, dit l'auteur, est une atteinte portée à la doctrine des localisations cérébrales.

M. Laborde fait observer que lorsqu'on interroge sur le chien l'excitabilité de l'écorce cérébrale par tranches successives, l'on observe qu'au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la portion tout à fait basilaire inférieure et antérieure des circonvolutions frontales, la réponse négative aux excitations cesse pour faire place à de véritables effets moteurs, s'accroissant de plus en plus à mesure qu'on s'avance vers la région rolandique, ce qui signifie qu'il existe dans cette région une projection de fibres de conduction motrice.

V. — *Sur la valeur sémiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales.* Discussion. (Séance des 5, 19 et 26 novembre 1901). —

M. Pitres (de Bordeaux). Le fait relaté par M. Dieulafoy ne légitime aucune suspicion contre l'ensemble de la doctrine des localisations cérébrales. Son erreur de diagnostic a pour point de départ une appréciation inexacte de la valeur sémiologique des accès d'épilepsie partielle. Il raisonne comme si cet accident, résultant habituellement de lésions irritatives de l'écorce, avait une signification topographique aussi rigoureuse que les monoplégies dépendant de lésions destructives limitées. C'est une grave erreur doctrinale condamnée tant par l'observation anatomo-clinique que par l'expérimentation. L'orateur, après avoir exposé successivement les phases par lesquelles a passé la question, rappelle que les tumeurs encéphaliques, quelque bien limitées qu'elles paraissent, produisent toujours un mélange de phénomènes de destruction, de compression et d'irritation qui rend extrêmement difficile l'analyse et l'interprétation de leurs réactions pathologiques.

M. Lucas-Championnière. — Envisageant l'observation de M. Dieulafoy au point de vue chirurgical, M. Lucas-Championnière ne l'interprète pas comme l'auteur qui pense qu'une trépanation eût été inutile. Il ne faut pas demander aux localisations cérébrales ce qu'elles ne peuvent donner.

Ce n'est pas le point représenté par un centre qu'il faut découvrir, mais une *large région* pouvant devenir pour l'opérateur un centre de recherches.

Cette méthode est seule vraiment chirurgicale par l'étendue du champ opératoire. Il n'est pas un chirurgien qui, après une expérience sérieuse, puisse déterminer, comme on l'a dit, à 1 centimètre près la région touchée. Les lésions peuvent être en avant, en arrière, au-dessus ou au-dessous de la région des centres; elles en sont habituellement voisines.

Dans la plupart des cas, la trépanation, n'eût-elle d'autre résultat qu'une action décompressante, est cependant suivie d'effets favorables.

Pour l'orateur, l'avenir est tout entier au traitement des lésions inflammatoires ou spécifiques par la trépanation.

M. Laborde. — Des nombreux arguments physiologiques et expérimentaux rappelés par l'orateur, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes qui révisent et mettent à son vrai point la question des localisations cérébrales :

1° Si le siège et la localisation soit organiques, soit fonctionnels, des phénomènes moteurs d'ordre *convulsif* ou de nature *paralytique* prédominent dans la région rolandique, ils n'y

sont pas exclusivement confinés, dans une limite fixe et infranchissable et peuvent s'étendre aux régions *antérieure* et *postérieure* ;

2° Il en résulte qu'au point de vue chirurgical, la recherche de la lésion ne doit pas se borner à la zone motrice, mais s'étendre suffisamment au delà de cette limite, prédominante mais non exclusive.

M. *Dieulafoy*, répondant aux précédents orateurs, fait observer que le tiers antérieur du lobe frontal, où siégeait la lésion de son malade, n'est pas précisément voisin de la région rolandique. Il semble donc que le diagnostic des localisations cérébrales s'obscurcisse à mesure que des faits nouveaux se produisent.

M. *Raymond*.—Après avoir rappelé le nom de Bravais qui, avant Jackson, a admirablement décrit l'épilepsie partielle, M. Raymond présente quatre observations qui viennent s'ajouter à celles très nombreuses déjà, dans lesquelles on a vu des lésions corticales, situées en dehors de la zone rolandique, agir à distance sur la zone motrice et provoquer ainsi des décharges épileptiformes, voire même des paralysies motrices. Ces phénomènes ont été observés dans les lésions du lobe frontal, du lobe pariétal, du lobe sphénoïdal, de la protubérance, du bulbe,

Dans ces diverses circonstances, le médecin a, le plus souvent, pour guider son diagnostic, d'autres symptômes que ceux représentés par des spasmes. Donc l'épilepsie partielle peut n'avoir aucune valeur localisatrice, partant, à elle seule, elle ne peut servir à établir une localisation. Il peut en être de même des phénomènes paralytiques qui parfois l'accompagnent ou la suivent.

VI. — *De la strychnine, de son emploi thérapeutique contre l'alcoolisme et contre l'adynamie nerveuse* ; par le D<sup>r</sup> Ch. Fernet (séance du 3 décembre). — Communication thérapeutique dont voici le résumé :

La strychnine a une efficacité remarquable contre le *delirium tremens* d'origine alcoolique, mais il importe d'agir vite et d'administrer le médicament à doses assez élevées, soit 3 à 6 ou 7 milligrammes par jour en injections sous-cutanées.

Quelques manifestations nerveuses de l'alcoolisme chronique sont aussi justiciables de la strychnine, mais alors, les doses doivent être moindres en raison de la durée plus longue du traitement et l'on pourra de préférence administrer le remède sous forme de sirop.

L'emploi de la strychnine sera encore très souvent indiqué pour combattre l'adynamie, notamment dans les maladies toxico-infectieuses; dans ce cas, la voie hypodermique est préférable, elle a l'avantage de respecter les voies digestives.

A. CULLERRE.

## JOURNAUX AMÉRICAINS

### Journal of Nervous and Mental disease.

ANNÉE 1898.

I. — *Un cas extraordinaire d'écholalie*; par Martin W. Barr (numéro de janvier). — Revue des cas connus d'écholalie, suivie de l'observation d'un imbécile de vingt-deux ans, épileptique depuis l'âge de la dentition, sans antécédents héréditaires. Avec la mémoire très précoce, apparut l'habitude de répéter tout ce qu'il entendait. Le malade, ne sachant ni lire ni écrire et de l'intelligence d'un enfant de cinq ans, a une mémoire phénoménale des mots, des airs de musique et des phrases de toute langue. Il y a absence de la parole volontaire et répétition purement mécanique des mots entendus, sans coprolalie ni tic convulsif.

II. — *Mécanisme psychique des illusions*; par W. Hirsch (numéro de mars). — Les théories admises ne suffisent pas à expliquer toutes les illusions (*delusions*); il y a une relation étroite entre celles-ci et les hallucinations parmi lesquelles il faut distinguer les hallucinations *primitives* par irritation périphérique du système nerveux des hallucinations *secondaires* à une idée morbide qui les précède, le malade ne croyant pas ce que lui dit son hallucination parce qu'elle le lui dit, mais l'hallucination le disant parce qu'il le croit. La pensée, comme toute opération nerveuse, a une voie centripète de la sensation à l'idée et une voie centrifuge de l'idée à l'acte; il y a des pensées rapportées à la périphérie, hallucinations qui paraissent des sensations, comme il y a des douleurs centrales rapportées à la périphérie.

Pour l'illusion psychique le même mécanisme existe; la partie morbide de l'acte est la partie centrifuge. En clinique, l'illusion primitive formée en dehors de tout raisonnement résiste aux démonstrations, à l'inverse de toute illusion secondaire.

Cette théorie qui assimile le processus psychique aux autres processus nerveux est en harmonie avec l'idée du neurone semblable à lui-même dans toutes les portions du système nerveux.

III. — *Perversion sexuelle ou vice ?* par Morton Prince (numéro d'avril). — Les perversions sexuelles sont-elles assimilables à des manifestations hystériques ou neurasthéniques. L'auteur passe en revue les théories pathogéniques et se rallie aux vues de Schrenck-Notzing, pour qui des idées d'abord accidentelles deviennent impératives et se transforment en psychoses sur un terrain incapable de résistance. La perversion sexuelle d'abord vice peut devenir maladie. On est en droit d'espérer un résultat thérapeutique par l'éducation et principalement par la suggestion hypnotique.

IV. — *Les voies nouvelles en médecine mentale.* Discours par F. Peterson à la Société neurologique de New-York (numéro de juin).

V. — *Idiotie amaurotique familiale ;* par F. Peterson (numéro de juillet). — Observation avec autopsie d'une fille de trois mois, juive. La mère a eu cinq enfants et une fausse couche. Trois des enfants furent aveugles et idiots, deux sont morts. Il n'y a pas d'antécédents héréditaires intéressants. La dernière enfant, vigoureuse, mourut d'une rougeole avec purpura. On trouva des lésions viscérales et un cerveau avec de l'œdème et de la congestion. Les circonvolutions sont petites, sauf la partie inférieure de la pariétale ascendante qui est hypertrophiée ; au microscope, les cellules sont peu nombreuses, petites et pauvres en substance chromatique un peu partout, mais surtout dans les centres et ganglions optiques. Dans l'œil examiné, on note surtout des lésions cadavériques. En résumé, c'est un défaut de développement macroscopique et microscopique.

VI. — *Anatomie pathologique de l'idiotie amaurotique familiale ;* par W. Hirsch (numéro de juillet). — Revue critique suivie d'une observation avec autopsie faite quatre heures après la mort. Les cellules nerveuses étaient arrondies, le noyau distinct et périphérique ; le nucléole présentait un point noir et une fine bordure ; quelques cellules étaient vacuolées ; il y avait peu de prolongements cellulaires, les corpuscules de Nissl avaient disparu. Cet aspect des cellules, très net dans la corne antérieure de la moelle, s'étendait à tout l'axe nerveux, parfois avec plus de modifications encore : dans le cerveau, les cellules

n'avaient plus la forme pyramidale ; le cervelet était peu atteint ; les voies optiques et le chiasma étaient dégénérés. Les cellules de la couche granuleuse de la rétine ressemblaient à celles des centres.

D'après les données anatomiques et cliniques, l'auteur préfère à la théorie de l'arrêt de développement celle de la dégénérescence (l'enfant est né sain, la tache rétinienne est tardive, le système nerveux est pris dans son ensemble). Cette dégénérescence, de nature toxique, est peut-être due au lait maternel. L'examen des yeux du cas précédent est fait par Ward A. Holden.

VII. — *Une observation de mélancolie catatonique* ; par Courtney (numéro d'octobre).

VIII. — *Psychoses et névroses post-traumatiques* ; par le Dr Putnam (numéro de novembre). — M. Putnam, dans cette étude sur leurs causes et leurs rapports avec les affaires médico-légales, étudie surtout la part qui revient à l'autosuggestion à laquelle il donne une grande place.

IX. — *Chorée de Huntington. Démence choréique* ; par le Dr Hallock (numéro de décembre). — M. Fr. Hallock a observé une malade, ayant dans ses antécédents des cas de chorée, de dégénérescence et d'alcoolisme, qui, à trente-deux ans, eut de la dépression mentale avec quelques mouvements choréiques du pouce ; à trente-cinq ans, après une période d'excitation, débute la déchéance intellectuelle suivie de mouvements choréiques. A quarante ans, tous les muscles, même le diaphragme, sont intéressés par des mouvements athétosiques, plutôt que choréiques, qui, exagérés en public, cessent pendant le sommeil ; la démence est confirmée.

Ce cas est intéressant parce que la démence précède les mouvements choréiques, au lieu de les suivre, comme l'indiquent d'habitude les observations. Pour l'auteur, la maladie de Huntington est une démence accompagnée de troubles moteurs, ce que prouvent l'évolution progressive de la démence et les lésions histologiques semblables à celles de la paralysie générale rencontrées par Golgi et plusieurs auteurs. La démence choréique, qui a des origines héréditaires, forme avec les démences paralytique et sénile le groupe des démences progressives toxiques.

Dr VICTOR PARANT FILS.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Rapport sur l'asile départemental d'aliénés d'Oufa*; par le D<sup>r</sup> N. SOKALSKY. Broch. in-8°, en langue russe. Oufa, 1902.

La prédominance de l'élément administratif ou de l'élément médical dans un asile d'aliénés modifie totalement son caractère.

Dans le premier cas, le malade reste à l'arrière-plan; il est considéré comme une unité abstraite qui n'a de valeur qu'en tant qu'il représente un prix de journée ou une somme donnée de travail manuel. Le médecin oublie qu'il est homme de science et aliéniste, devient presque exclusivement *gérant* et finit par prendre les intérêts de la caisse pour les intérêts de la chose; l'administrateur tue l'apôtre. Mais l'aliéné a une personnalité qui se manifeste quelquefois énergiquement, il ne consent pas toujours à passer inaperçu; le médecin chargé de trop nombreux malades n'a pas le temps de l'écouter et de s'occuper de lui et remplace la psychologie par la mécanique: cellules, moyens de contrainte, douches, etc.

Dans un asile médical, au contraire, tout se fait pour le malade, pour son bien-être moral et matériel; on l'écoute, on apprend à le connaître, on le soigne, on respecte toutes les manifestations légitimes de sa personnalité et le recours à la force devient un fait exceptionnel; on s'étonne de le voir capable de jouir dans la plupart des cas d'une liberté presque illimitée.

C'est à cette dernière catégorie qu'appartient l'asile d'Oufa. Il suffit de lire quelques pages du rapport du D<sup>r</sup> Sokalsky pour s'en convaincre.

Voici d'abord quelques renseignements sur le mouvement de la population.



	H.	F.
Au 1 <sup>er</sup> janvier 1901, la population était		
de . . . . .	208	142
Entrées pendant l'année . . . . .	168	90
Total . . . . .	<u>376</u>	<u>232</u>
Sorties en 1901 . . . . .	221	144
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 1902. . . . .	155	88
Décès . . . . .	H. 34	F. 16
Total . . . . .	<u>50 ou 7,85 %</u>	

Sur ces 50 malades, 14 (ou 28 %) sont morts de tuberculose.

Guéris et améliorés . . . . .	H. 38	F. 20
Total . . . . .	<u>58 ou 22,48 %</u>	

A cette population d'aliénés proprement dits, il faut ajouter les alcooliques au nombre de 164 hommes et 28 femmes, égalant 192.

En y joignant les rechutes pour les aliénés ordinaires non comprises dans les tableaux précédents, on trouve que le chiffre de la population a été, pendant l'année 1901, de 835.

Les alcooliques forment 22 p. 100 de la totalité des malades admis.

Suivent de nombreux tableaux statistiques concernant la classification, l'âge, l'état civil, les professions, les religions, etc.

Un chapitre intéressant est celui consacré à l'isolement des malades. L'auteur s'élève avec raison contre cette pratique et fait remarquer qu'elle n'est justifiée que dans des cas très rares, que le plus souvent elle est inutile et que, dans la plupart des cas, elle peut être remplacée par le séjour au lit. Le tableau ci-dessous montre que ce n'est que dans quelques cas rares que le séjour en cellule a été de plus de douze heures. L'auteur fait remarquer qu'il a eu beaucoup de peine à habituer quelques malades, surtout les femmes, à se passer de la cellule (habitudes prises avant son arrivée à l'asile).

Il est intéressant de constater que le Dr Sokalsky, ayant commencé l'application du nouveau régime au commencement de l'année, a pu réduire le nombre des cas d'isolement de 146 au mois de janvier à 30 au mois de décembre.

A remarquer également que, dans les deux derniers mois de l'année, la durée de l'isolement a été toujours inférieure à douze heures.

Il serait à désirer que des tableaux de ce genre fussent annexés à tous les rapports médicaux.

En Belgique, la loi oblige le médecin à marquer tous les cas d'isolement et leur durée ; c'est là une garantie contre les abus possibles. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades vivre en cellule pendant des mois et des années dans des conditions déplorable.

Isolement des malades dans les quartiers des agités :

	H.	F.
4 <sup>e</sup> section hommes et 3 <sup>e</sup> section femmes (Agités surtout aigus) :		
Nombre des malades isolés . . . . .	37	122
Nombre de cas d'isolement . . . . .	86	409
L'isolement a duré de 12 à 24 heures .	37	67
Plus de 24 heures . . . . .	6	5
3 <sup>e</sup> section hommes et 2 <sup>e</sup> section femmes (Agités surtout chroniques) :		
Nombre de malades isolés . . . . .	30	43
Cas d'isolement . . . . .	35	95
L'isolement a duré de 12 à 24 heures .	2	00

Par ce temps, où l'internement des aliénés criminels est à l'ordre du jour, il serait peut-être intéressant de consulter les deux tableaux suivants.

Le premier concerne les criminels placés en observation à l'asile par les autorités judiciaires en 1901.

Le second contient une liste des malades ayant commis des crimes et internés avant 1901 en vertu de l'article 95 du code criminel russe.

D'après l'article 95 du code criminel russe, toute personne ayant commis un crime en état de démence est internée dans un asile d'aliénés jusqu'à guérison.

L'auteur fait remarquer avec raison que dans la plupart des cas il s'agit d'un internement à vie, de sorte que la plupart des délinquants subissent une peine infiniment plus grave que celle qu'ils auraient subie n'étant pas reconnus aliénés. L'article 95 ne fait, en effet, pas de distinction entre les aliénés homicides dangereux pour la société et les délinquants occasionnels.

TABLEAU I

CRIMES ET DÉLITS COMMIS		DIAGNOSTIC	
1. G..., 56 ans.	Meurtre de sa femme . . .	Affaiblissement intellectuel congénital.	Laissé à l'asile en vertu de l'article 95 du Code.
2. A..., 24 ans.	Assassinat et vol . . . .	Pas de symptômes d'aliénation mentale.	Renvoyé en prison.
3. R..., 36 ans.	Meurtre en état d'ivresse.	Affaiblissement intellectuel congénital et crises d'épilepsie atypique.	Laissé à l'asile en vertu de l'article 95 du Code.
4. L..., 28 ans.	Tentative de meurtre . . .	Délire alcoolique.	Remis à ses parents pour être surveillé en vertu de l'article 96 du Code.
5. T..., 33 ans.	Incendiaire . . . . .	Folie épileptique.	Remis à ses parents pour être surveillé en vertu de l'article 96 du Code.
6. R..., 46 ans.	Vol . . . . .	Folie épileptique.	Non lieu.
7. F..., 28 ans.		»	»

TABLEAU II

MALADES	DATE du placement.	CRIME COMMIS	DIAGNOSTIC
1. K..., 50 ans . . .	1886	Tentative de meurtre.	Démence épileptique.
2. R..., 60 ans . . .	1894	Meurtre.	Démence paranoïque.
3. Sch..., 64 ans . .	1894	Meurtre.	Démence secondaire.
4. Sch..., 26 ans . .	1895	Meurtre.	Faiblesse intellectuelle congénitale.
5. O..., 38 ans . . .	1896	Meurtre.	Démence épileptique.
6. L..., 37 ans . . .	1895	Incendiaire.	Démence paranoïque.
7. Z..., 25 ans . . .	1898	Meurtre.	Démence épileptique.
8. C..., 43 ans . . .	1899	Meurtre.	Démence épileptique.
9. K..., 27 ans . . .	1899	Meurtre.	Faiblesse intellectuelle congénitale.
10. Ch..., 33 ans . .	1899	Meurtre.	Démence épileptique.
11. F <sup>me</sup> S..., 33 ans.	1899	Tentative de mettre le feu.	Démence secondaire.
12. N..., 38 ans . . .	1899	Meurtre.	Epilepsie.
13. M..., 29 ans . . .	1900	Incendiaire.	Faiblesse intellectuelle congénitale.

Voici maintenant quelques renseignements sur le personnel de l'asile.

Dans la division des femmes, on a une infirmière pour 6,5 malades.

Pour la division des hommes, un infirmier pour 6 malades.

Ne sont pas compris dans ces chiffres les gardiens détachés aux ateliers et aux travaux de culture.

A noter le peu de stabilité du personnel secondaire.

Le nombre total d'infirmiers et d'infirmières étant de 68, on a été obligé d'avoir recours à 114 personnes pour remplir les cadres, ce qui donne comme changements 167 p. 100. Il paraît que, l'année précédente, ce chiffre était de 247 p. 100.

Le service médical était assuré dans l'année par trois médecins, y compris le directeur. Un d'eux n'a fait son service que pendant le dernier semestre.

M. Sokalsky fait remarquer que c'est là une situation tout à fait anormale. On compte, en effet, en Russie, dans quelques asiles, un médecin pour 50 malades ; mais, dans la plupart, un pour 100 à 120 malades, non compris le médecin-directeur.

En faisant un calcul analogue à celui fait dans une séance de la Société médico-psychologique par le D<sup>r</sup> Pactet, il démontre qu'il est impossible à un médecin de soigner plus de 100 à 150 malades.

A signaler parmi les publications scientifiques que reçoit la bibliothèque de l'asile : les *Annales médico-psychologiques*, *Archives de neurologie*, *Progrès médical*, *Revue neurologique*.

Il existe à l'asile une bibliothèque pour les malades qui reçoit cinq périodiques illustrés ou non et qui possède un certain nombre de livres.

Tous les quinze jours, on organise des soirées musicales avec distributions de douceurs, on fait des conférences avec projections, lectures, etc. En été, promenades dans les environs.

Nous ne pouvons que signaler ici les intéressantes considérations de l'auteur sur les classifications des maladies mentales, sur l'assistance des aliénés en Russie, etc.

Il nous reste à souhaiter à notre collègue de trouver les moyens nécessaires pour achever l'œuvre commencée et organiser à Oufa un asile médical, c'est-à-dire un asile où l'aliéné serait envisagé, non pas comme moyen permettant de mettre à exécution les fantaisies horticoles et autres de l'administrateur, mais comme un être intéressant en soi parce qu'il souffre, et qu'il faut non seulement tenir enfermé, mais soigner à l'égal de tout autre malade.

D<sup>r</sup> LWOFF.

---

*Il problema dell' alcool* (Le problème de l'alcool); par le D<sup>r</sup> B.-G. Selvatico Estense. Broch. in-8°. Extr. de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1902. Vol. XXVII-XXVIII. Fasc. II-IV.

Le but que s'est proposé l'auteur n'est pas de résoudre un problème que, comme l'a dit Duclaux dont il rappelle les paroles dès son entrée en matière, la malice des hommes a rendu presque insoluble en le mêlant à des considérations fiscales, morales et sociales, mais bien d'en synthétiser les éléments, de passer en revue et de grouper méthodiquement tous les travaux récents sur l'alcoolisme, en y ajoutant ce qu'il a vu et entendu au cours de ses voyages.

Ce dessein, le D<sup>r</sup> Selvatico Estense l'a parfaitement exécuté et son travail est une excellente mise au point de la question

avec une très riche bibliographie faite avec la conscience habituelle aux travaux italiens (il n'y a pas moins de 157 renvois en note, portant sur la littérature de tous les pays, sans compter les références du texte). C'est de plus un vrai répertoire, car il est divisé en une série de paragraphes écrits sous des rubriques qui faciliteront singulièrement les recherches sur un point quelconque de l'étude de l'alcoolisme. Ainsi l'on y trouve successivement étudiés l'action physiologique de l'alcool, sa toxicité, ses rapports avec la folie, l'épilepsie, l'hystérie, la dégénérescence, la délinquance et le suicide. Puis viennent les plus importants au point de vue pratique de ces paragraphes, ceux auxquels l'auteur a donné le plus de développement, qui sont consacrés au traitement médical de l'alcoolisme, aux institutions et établissements pour la défense individuelle et aux mesures de défense sociale contre l'intoxication.

Il est difficile de résumer un résumé. L'auteur n'a point donné de conclusions personnelles pour la première partie et semble avoir voulu se borner à exposer impartialement les résultats acquis d'autre part. Néanmoins, de cette façon d'étaler les documents, il se dégage un ensemble de propositions qui précisent quelques côtés du problème et peuvent se formuler ainsi : L'alcool a pour principal effet physiologique de diminuer le rendement en travail ; sa toxicité est surtout due aux impuretés qu'il contient ; il est rarement producteur et créateur direct de folies ou de névroses, ou du moins son action créatrice n'est pas nettement démontrée, mais c'est un excellent metteur en scène, un merveilleux développant des troubles latents de ce genre ; si son action créatrice chez l'individu est discutable, elle ne l'est plus dans l'espèce et, par voie de dégénérescence, l'alcool devient producteur au premier chef de troubles nerveux et mentaux ; quant à son influence sur la criminalité et le suicide, elle est indéniable.

La seconde moitié du travail concerne le traitement et la prophylaxie. Les divers traitements par la strychnine, l'atropine, le chloral, le chloralose, la sérothérapie et l'hypnotisme y sont successivement exposés, sans oublier la cure originale de l'alcoolisme aigu, pratiquée par le médecin militaire Arthur (Etats-Unis), qui consiste à vider l'estomac du soldat ivre avec la pompe stomacale, à y faire un lavage avec une solution alcaline à 2 p. 100, à y injecter ensuite une tasse de bouillon chaud et poivré au poivre de Cayenne, et à renvoyer, après une heure de repos, l'opéré à l'exercice.

Les établissements pour l'internement des alcooliques sont énumérés ensuite, ainsi que les ligues et institutions de tempérance qui ont pour but à la fois de prévenir le développement du fléau et de fournir à l'alcoolique convalescent un appui moral et matériel pour achever et maintenir sa cure.

Enfin le dernier paragraphe a trait aux mesures prises par les gouvernements.

J'y relève un passage qui nous intéresse tout particulièrement, nous Français. Ce sont des constatations tristes, des choses bien connues et bien redites déjà, mais qu'il est bon de redire, surtout quand elles nous reviennent de l'étranger.

« Nous avons, dit l'auteur, vu rapidement et seulement en partie les méfaits de l'alcool et combien il est difficile d'y porter remède. Tout le monde en est convaincu et pourtant la consommation augmente toujours. A cet égard la France occupe le premier rang. Elle transformerait annuellement en boissons alcooliques deux millions d'hectolitres d'alcool. Mais à ce chiffre de la statistique officielle il faut ajouter (Debove) l'alcool qui entre en contrebande, celui qui était destiné à des usages industriels et est transformé clandestinement en boisson (environ 40.000 hectolitres) et enfin la plus grande partie de l'alcool produit par les bouilleurs de cru, quantité assez difficile à évaluer, mais qu'on peut porter à environ 700.000 hectolitres. Chaque Français absorbe 4 litres d'eau-de-vie auxquels il faut ajouter 10 litres d'alcool absolu à 100 degrés, sous forme de bière, vin, cidre, etc. Quoique la Seine soit le plus alcoolique des départements (c'est la Savoie qui l'est le moins), cependant, d'après un rapport du ministère des finances sur l'échelle de consommation de l'alcool dans les villes de plus de 30.000 habitants, Paris occuperait le 18<sup>e</sup> rang seulement, dépassé de plus du double par les cités commerciales et maritimes du Nord, Cherbourg, Rouen, Le Havre. La viticole Bordeaux a le 28<sup>e</sup> rang, Toulouse et Béziers viennent au dernier, autre preuve que le vin repousse l'alcool. Dans la république entière, il y a un demi-million de cabarets; dans le seul Paris il y en aurait un pour moins de trois maisons; dans le Nord 1 par 46 habitants, soit 15 adultes. A Paris, la consommation de l'alcool, de 1860 à 1894, a triplé par rapport à l'accroissement de la population. Après la France vient la Belgique, petit pays où l'on consomme annuellement 75 millions de litres de boissons alcooliques représentant une dépense de 150 millions de francs ».

Dans cette partie de son travail l'auteur laisse percer quelques opinions personnelles. Le traitement médical lui paraît insuffisant s'il n'est aidé de l'internement dans des établissements spéciaux. Quant aux mesures de protection sociale elles sont insuffisantes ou impuissantes, sauf peut-être la suppression ou tout au moins la réduction des droits sur les boissons hygiéniques et leur suppression sur le thé, le café et le sucre. Le vin, et ceci fera plaisir aux producteurs honnêtes, doit être favorisé au détriment des liqueurs. Enfin l'amélioration du sort des classes pauvres paraît devoir entrer en ligne de compte. C'est un peu, avec moins de pessimisme, les opinions de E. Ferri que j'ai eu l'occasion d'analyser ici et dont je n'ai pas relevé le nom dans la bibliographie pourtant si complète du travail qui se termine par le souhait de voir l'Italie profiter de l'exemple d'autrui, pour éviter les dangers qui la menacent elle aussi.

TH. TATY.

---

*La guérison de la morphinomanie sans souffrance*; par le Dr Oscar Jennings. Traduction Albert Ball. 1 vol. in-18. Paris, A. Maloine, édit. 1902.

Grâce à une méthode de traitement qui lui est « absolument personnelle », M. O. Jennings croit possible de guérir un morphinomane sans souffrance. Quinze ans de succès ininterrompus le décident à faire connaître aujourd'hui d'une façon définitive, — c'est le but du présent livre — une méthode qui, malgré de nombreuses publications antérieures, « a toujours été décrite de façon inexacte et imparfaite dans les ouvrages qui traitent de morphinomanie ».

On avait coutume jusqu'à ce jour de distinguer d'après leur *durée* les méthodes de démorphinisation : on décrivait et l'on appliquait la suppression brusque, lente, rapide. Pour M. O. Jennings, pareille distinction n'a pas sa raison d'être et une différence aussi minime ne saurait suffire à caractériser une méthode de sevrage, au sens vrai du mot. « Il est absurde d'appeler *méthode* une tentative de suppression lente ou brusque. L'élément *temps* est simplement une des conditions du traitement et la véritable question, celle sur laquelle repose toute la conduite de la suppression, est la recherche de la possibilité d'atténuer le besoin (de morphine) et de le rendre supportable. » Or, aucune des « soi-disant méthodes décrites par les auteurs contemporains » ne révèle cette dernière préoccupation et c'est



pourquoi M. O. Jennings n'éprouve aucune hésitation à déclarer qu'avant lui il n'y avait pas « de traitement rationnel du besoin, ce qui revient à dire qu'il n'y avait pas de traitement systématique de la maladie ».

Le terrain ainsi déblayé, M. O. Jennings aborde le véritable objet de son étude, à savoir : l'exposé de sa méthode, en son principe et dans son application.

Une analyse minutieuse et attentive a convaincu M. O. Jennings que, bien loin d'être simple, le syndrome dénommé *état de besoin* devait être considéré comme « la résultante de la réunion de nombreux malaises », qu'il a su dissocier et qu'il a pu traiter isolément. C'est, en premier lieu, « une sorte d'agitation inquiète et quelquefois de souffrance, dépendant du manque d'un stimulant artificiel pour les cellules nerveuses » ; c'est, ensuite, « une insuffisance de l'action du cœur et une lenteur de la circulation causée par le besoin de l'influx nerveux naturel au cœur » ; c'est, enfin, une « sécrétion acide excessive dans l'estomac ». Or, il n'est pas un de ces facteurs divers de l'état de besoin qui ne paraisse susceptible de recevoir d'une médication appropriée un soulagement complet ou partiel. Que l'on oppose, par exemple, à la défaillance du cœur les toniques cardiaques (digitale, spartéine, trinitrine) et le bicarbonate de soude à l'hyperacidité stomacale, que l'on traite l'irritabilité nerveuse par les bains d'air chaud, et l'on arrivera à prévenir, à juguler, pour le moins « à réduire à un minimum » ce redoutable état de besoin, pierre d'achoppement de toute entreprise thérapeutique.

De ce principe, qui vaut à la méthode le sous-titre de « physiologique » et le qualificatif de « rationnelle », l'application est simple. Elle n'exige, sauf exception, ni séquestration, ni contrainte : il suffit que « le malade soit sérieusement et personnellement désireux d'échapper à l'esclavage », qu'il se place sans réserve entre les mains de son médecin et qu'il exécute ponctuellement, à domicile, les prescriptions que voici : d'abord, s'il associait à la morphine la cocaïne ou l'alcool, par exemple, il supprimera sans tarder et alcool et cocaïne ; dès le début, il renoncera à la seringue : aux injections hypodermiques il substituera des injections rectales d'une dose double de morphine, qu'il diminuera « aussi vite que possible, mais aussi lentement qu'il est nécessaire pour obtenir une guérison sans douleur » (dix jours à deux mois) ; il observera enfin l'hygiène la plus sévère (régularité et sobriété dans les repas, exercice

modéré, etc.). Le succès, à ces conditions, est certain. Bien plus, fortifié par cette épreuve dont il aura triomphé par sa seule volonté, le morphinomane guéri n'aura plus à craindre la récurrence : désormais il pourra « défier l'épouvantail du retour périodique du besoin ».

Dix observations suivent, longues, détaillées, qui nous apportent la preuve des affirmations de M. O. Jennings ; elles nous relatent les menus incidents qui peuvent troubler la cure et nous indiquent comment, dans chaque cas, il y fut paré par les moyens que nous venons de dire.

Qu'une telle méthode, et si précieuse, ait suscité à son auteur des envieux qui lui en ont contesté — ou même ravi — la paternité, la chose est naturelle, et l'on conçoit de même que M. O. Jennings ne se laisse pas bénévolement dépouiller et qu'il défende son bien avec énergie. Nous ne saurions toutefois le suivre ici dans cette voie et nous ne pouvons que signaler à ceux qu'intéressent les discussions de cette nature les chapitres (VIII et I, V *passim*) que M. O. Jennings consacre à revendiquer et à établir ses droits, en produisant les attestations les plus flatteuses et en invoquant les témoignages les plus autorisés.

GEORGES VERNET.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Biografia di un bandito. Giuseppe Mussolino di fronte alla psichiatria ed alla sociologia. Studio medico-legale e considerazioni dei professori E. Morselli e S. de Sanctis. 1 vol. in-8° de 424 pages avec tableaux et gravures. Milan, Fratelli Treves, 1903.

— Réseau endocellulaire de Golgi dans les cellules nerveuses de la moelle épinière; par le D<sup>r</sup> Serge Soukhanoff, de Moscou. 9 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, 30 septembre 1902.

— Transactions of the national Association for the study of epilepsy and the care and treatment of epileptics, at the first annual meeting held in Washington, D. C., way 14th and 15th. 1901. Edited by William Pryor Letchworth. 1 vol. in-8° de 221 pages cart. à l'anglaise avec planches. Buffalo, Brinkworth, 1901.

— Contribution à l'étude des appendices sur le corps cellulaire des éléments nerveux; par le D<sup>r</sup> Serge Soukhanoff. Extrait du *Névrose*, 1902.

— La correction des ties. Le contrôle du miroir; par le D<sup>r</sup> Henry Meige. 7 pages in-8°. Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, numéro du 25 octobre 1902.

— Statistique démographique et pathologique de l'asile de Céry (Vaud) de 1881 à 1900; par le D<sup>r</sup> Arnold Koller, sous-directeur de l'asile. 34 pages in-4°. Extrait du *Journal de statistique suisse*. Berne, 1903.

— Sur le gigantisme; par Henry Meige. 75 pages in-8°. Extrait des *Archives générales de médecine*, octobre 1902.

— Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques; par le D<sup>r</sup> Lucien Pron. 188 pages in-8°, Paris, Jules Roussel, 1901.

— Syndrome occipito-cérébelleux; par le D<sup>r</sup> L. Marchand. 6 pages, in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, 1902, n° 21.

— Ueber das Hirngewicht, die Schädelkapazität und die Kopfform, sowie deren Beziehungen zur psychischen Thätigkeit des Menschen. I. Ueber das Hirngewicht des Menschen; par le D<sup>r</sup> Heinrich Matiegka. 75 pages in-8°. Extrait des *Sitzungsberichten der königl. böhm. Gesellschaft der Wissenschaften in Prag*, 1902.

— Eleventh annual report of the managers of the Rochester State Hospital to the State Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1901. 44 p. in-8°, avec planches. Albany, J. E. Lyon Company, State printers, 1902.

— Les obsessions et la psychasthénie; par le D<sup>r</sup> Pierre Janet, prof. au Collège de France. 1 vol. in-8° de 764 pages avec figures. Paris. Félix Alcan, 1903.

— Thirty first annual report of the Buffalo State hospital to the State Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1901. 67 pages in-8°, avec planches. Albany, J. B. Lyon Company, State Printers, 1902.

— Henri Dagonet. 1823-1902. 40 pages in-8° avec portrait. Saint-Amand (Cher), imprimerie scientifique et littéraire Busière, s. d.

— Geschlecht und Entartung; par le D<sup>r</sup> P. J. Möbius, de Leipzig. 45 pages in-8°. Halle a. d. S., Carl Marhold, 1903.

— Zum periodischen Irresein; par le D<sup>r</sup> George Adam. 76 pages in-8°. Thèse de doctorat, Rostock, 1902.

— Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence; par les D<sup>rs</sup> René et Henri Larger. 21 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, août 1902.

— Asile de Bonneval. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1901, suivi du rapport médical; par le D<sup>r</sup> L. Déricq, médecin-directeur. 17 pages in-8°. Chartres, 1902.

— Ueber die Beziehungen der Myoclonia familiaris zur

*Myotonia congenita*; par le D<sup>r</sup> Herman Lundborg, d'Upsal. 10 pages in-8°. Extrait du *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1901.

— L'année psychologique, publiée par Alfred Binet, avec la collaboration de Beaunis, Henri et Th. Ribot. Huitième année. 1 vol. in-8° de 757 pages. Paris. Schleicher frères, 1902.

— De l'alcoolisme. Conférence faite à Chartres le 20 mars 1902, sous les auspices de la Société républicaine d'instruction; par le D<sup>r</sup> L. Déricq. 15 pages in-8°. Chartres. Imprimerie industrielle et commerciale, 1902.

— Sobre un caso di meralgia paresthetica (Syndrome de Bernhardt-Roth); par le D<sup>r</sup> A. Austregesilo. 21 pages in-8°. Extrait de la *Revista di medicina*. Rio-de-Janeiro, 1902.

— Sclérose en plaques infantile à forme hémiplegique d'origine hérédo-syphilitique probable; par le D<sup>r</sup> Georges Carrier, de Lyon. 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, numéro du 15 octobre 1902.

— Recherches sur la mentalité humaine. Ses éléments, sa formation, son état normal; par P. Froument. 1 vol. in-8° de 208 pages. Paris. Vigot frères, s. d.

— Aliénation mentale et criminalité. Historique, expertise médico-légale, internement. Discours prononcé par M. Fontanille, avocat général, à l'audience solennelle de rentrée de la Cour d'appel de Grenoble. 71 pages in-8° Grenoble, Imprimerie Allier frères, 1902.

— L'alcool, voilà l'ennemi! Petites chroniques publiées dans le *Progrès d'Eure-et-Loir*; par le D<sup>r</sup> L. Déricq. 32 pages in-8°. Chartres. Imprimerie industrielle et commerciale, 1902.

— Stato mentale e responsabilità dei tisici. Rassegna; par le D<sup>r</sup> Giuseppe Peli. 10 pages in-8°. Extrait du *Bulletino delle scienze mediche* di Bologna, février 1901.

— Ueber die acute verlaufenden Erkrankungen an Dementia paralytica; par le prof. Buchholtz, de Hambourg. 52 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*, Bd. 36. Heft 2.

— Rapport sur l'asile des aliénés de Zemstwo à Oufa; par le D<sup>r</sup> N. Sokalsky. 118 pages in-8° (en langue russe), Oufa, 1902.

— Il Segreto nei manicomi; par le D<sup>r</sup> Giuseppe Peli. 8 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1901.

— Etudes sur les dégénérés. Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence et les pseudo-stigmates anatomiques et physiologiques de la criminalité; par le D<sup>r</sup> Lucien Mayet. 164 pages in-8° avec figures. Lyon. A. Storck et C<sup>ie</sup>, 1902.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 16 mai 1903 :* Est nommé officier d'Académie, M. le D<sup>r</sup> CHEVALIER-LAVAURE, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers).

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 6 juin 1903 :* Sont nommés officiers d'Académie, MM. les D<sup>rs</sup> JACQUIN (Georges), médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Château-Picon, à Bordeaux, et VERNET (Paul-Georges-François), médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, à Paris.

— *Arrêté du Préfet de police, du 4 avril 1903 :* M. le D<sup>r</sup> Ch. VALLON est nommé médecin-inspecteur des maisons de santé privées d'aliénés, en remplacement de M. Laborde, décédé.

— *Arrêtés du ministre de l'Intérieur, d'avril 1903 :* M. le D<sup>r</sup> RODIET, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la première classe de son grade (3.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> CHARON, directeur-médecin de l'asile de Moulins (Allier), est nommé directeur-médecin de l'asile de Dury (Somme), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> MARTINENQ, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le D<sup>r</sup> HAMEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins;

M. le D<sup>r</sup> ANGLADE, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> PONS, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le D<sup>r</sup> CHARUEL, médecin-adjoint de l'asile de Châlons (Marne), est nommé médecin de l'asile d'Alençon;

M. le D<sup>r</sup> KÉRAVAL, directeur-médecin de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Febvré, décédé;

M. le D<sup>r</sup> CHARDON, médecin en chef de l'asile de Rennes, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Armentières;

M. le D<sup>r</sup> SIZARET, directeur-médecin de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin en chef de l'asile de Rennes;

M. le D<sup>r</sup> HAMEL, directeur-médecin de l'asile de Moulins, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auxerre (Yonne);

M. le D<sup>r</sup> JOURNIAC, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Ylie (Jura);

M. le D<sup>r</sup> BOURDIN, médecin-adjoint de l'asile de La Charité (Nièvre), est nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins.

— *Arrêtés de mai 1903* : M. le D<sup>r</sup> CROUSTEL, médecin-adjoint de Quimper (Finistère), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan);

M. le D<sup>r</sup> POCHON, médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure);

M. le D<sup>r</sup> SIMON, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme);

M. le D<sup>r</sup> LAGRIFFE, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Quimper (Finistère);

M. le D<sup>r</sup> MUSIN, médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne;

MM. les D<sup>rs</sup> ROQUES DE FURSAC, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), et RICOUX, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), sont promus à la première classe de leur grade (3.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> THIVET, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la deuxième classe de son grade (6.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> AUBRY, déclaré admissible au concours de l'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de La Charité (Nièvre);

M. le D<sup>r</sup> BRICHE, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> BROQUÈRE, directeur-médecin de l'asile de Laroche-Gandon (Mayenne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.).

#### SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle le lundi 25 mai, sous la présidence de M. Gilbert Ballet.

Les récompenses suivantes ont été décernées :

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du sens de l'ouïe chez l'idiot.*

Un seul mémoire a été adressé, auquel le prix a été décerné. Il a pour auteur M. J. BOYER, ex-instituteur à l'asile-école de Bicêtre, professeur à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — 200 francs. — Neuf thèses ont été envoyées.

Le prix est décerné à M. VICTOR PARANT, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, pour sa thèse intitulée : *Les délires de jalousie. Clinique (jalousie sénile; délires systématisés).*

Une mention très honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> GEORGES HAUSER, pour sa thèse intitulée : *Etudes sur la syringomyélie.*

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Historique de la paralysie générale.*

Un seul mémoire a été envoyé, auquel a été décerné le prix. Il a pour auteur M. le D<sup>r</sup> VIGNAUD, médecin de la Maison de santé de Vanves (Seine).

Le soir, à 8 heures, eut lieu le banquet annuel au restaurant Marguery. Dix-neuf convives y prirent part, au nombre desquels nous avons été heureux de compter quatre membres correspondants : MM. Comar, Doutrebente, Giraud et Petit, ainsi que trois lauréats de la journée : MM. J. Boyer, Parant et Vignaud. Au dessert, le président, M. Gilbert Ballet, a porté un toast, qui fut très applaudi, à la Société médico-psychologique, aux absents, aux lauréats.

Le même soir avait lieu, au restaurant Marguery, le banquet de l'Association amicale des internes et anciens internes des asiles de la Seine. Au café, les deux réunions fusionnèrent et la soirée se termina, pleine d'entrain et de cordialité.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

46. *Tentative d'empoisonnement.* — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du samedi 28 février 1903) :

On se souvient de l'horrible attentat commis, au mois de décembre dernier, par une jeune domestique, Maria Couderc, âgée de dix-sept ans, au service des époux Ricard, rue Lemer cier.

La jeune fille, pour se venger de ses maîtres qui l'avaient renvoyée, avait fait absorber à leur enfant un flacon de teinture d'iode.

Soumise à un examen mental, Maria Couderc vient d'être déclarée irresponsable par le D<sup>r</sup> Dubuisson, qui avait été chargé de l'observer.

En conséquence, M. Flory, juge d'instruction, a rendu une ordonnance de non-lieu en faveur de la jeune fille, qui sera internée dans une maison de santé.

47. *Double tentative d'assassinat.* — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du jeudi 9 avril 1903) :

La propriétaire d'un hôtel meublé de la rue du Faubourg-du-Temple, a failli être assassinée, hier matin, par un de ses anciens locataires, et ce drame a causé un vif émoi dans le quartier si populeux de la Folie-Méricourt.

Un savetier, nommé Paul Verner, avait, pendant quelques mois, habité avec sa femme, une chambre modeste de l'hôtel de Plaisance, tenu au numéro 36 *bis* du faubourg du Temple, par les époux Arribat.

Verner, qui est âgé de trente-six ans, est un alcoolique invétéré. A plusieurs reprises, il dut être interné dans des asiles d'aliénés. A chacune de ses sorties, il revenait retrouver sa femme à l'hôtel de Plaisance.

Il y était rentré, il y a quelques semaines; mais, il y a trois jours, il décidait de déménager et allait s'installer dans une maison meublée, 14, passage du Corbeau.

Hier matin, vers dix heures et demie, M. Arribat sortit, comme il le fait chaque jour, pour aller acheter les provisions, laissant sa femme occupée dans la chambre à coucher, où elle se trouvait en compagnie d'une de ses voisines, M<sup>me</sup> Richard.

Quelques instants plus tard, Verner entra dans le bureau. N'y voyant personne, il pénétra dans la chambre à coucher et, sans mot dire, il se rua sur M<sup>me</sup> Arribat qui lui tournait le dos. M<sup>me</sup> Richard, le voyant brandir un large couteau, poussa un cri de frayeur. La propriétaire se retourna et se trouva devant l'assassin, qui cherchait à la frapper. Une lutte s'engagea au cours de laquelle M<sup>me</sup> Arribat et M<sup>me</sup> Richard furent toutes deux grièvement blessées.

Aux cris d'appel des deux femmes, des voisins accoururent. En les entendant arriver, Verner prit la fuite. Pendant qu'on s'empressait autour des victimes, des hommes poursuivirent le meurtrier. Celui-ci ayant glissé sur les rails du funiculaire, il tomba. On s'empara de lui et il fut conduit chez M. Nadaud, commissaire de police.

M<sup>me</sup> Arribat, dont l'état est très alarmant, a été transportée à l'hôpital Saint-Louis; M<sup>me</sup> Richard est soignée à son domicile.

Quant à Verner, il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt, où il sera examiné.

48. *Au ciel!* — Depuis quelque temps, une mercière de la rue Sainte-Apolline, M<sup>me</sup> Marie Seigneuret, donnait des signes de dérangement mental. Hier, prise d'un accès de folie mys-



tique, elle se plaça à la fenêtre de son logement, situé au cinquième étage, puis gagna le toit où elle s'agenouilla. Elle pria ardemment et crut que le bon Dieu l'appelait à elle.

— Me voilà, Seigneur, s'écria-t-elle.

Elle prit son élan, mais comme elle n'avait pas d'ailes, au lieu de monter au ciel, elle tomba dans la cour de la maison où elle se brisa les deux jambes et se fractura le crâne.

Elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu dans un état désespéré. (*Le Matin*, numéro du mercredi 15 avril 1903.)

49. *Excentricité*. — On lit dans l'*Echo de Paris* (numéro du samedi 18 avril 1903) :

Depuis de longues années habitent, au n° 4 de la rue de Taïti, les époux Fidry, âgés, le mari de soixante ans, la femme de cinquante-neuf ans.

M<sup>me</sup> Fidry était restée folle à la suite d'une opération chirurgicale qu'elle avait subie il y a dix ans.

Hier après midi, en allant faire ses provisions, elle rencontra un ami de son mari et lui raconta que ce dernier était couché et dormait depuis trois jours, et qu'elle le nourrissait avec du bouillon.

Cet ami, qui connaissait l'état mental de la pauvre femme devina ce qui se passait et prévint le commissaire de police. Le magistrat, s'étant rendu au domicile des époux Fidry, constata que le mari était mort, et que son corps commençait à se décomposer.

Sa femme, pour le nourrir, lui avait entré dans la bouche un tube de caoutchouc, dont une extrémité était adaptée à une grosse seringue.

M<sup>me</sup> Fidry a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

50. *Tentative d'homicide*. — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 20 avril 1903) :

Un drame de la folie s'est déroulé, la nuit dernière, rue des Etuves-Saint-Martin, 40. A cette adresse habite depuis trois ans une famille composée du père, M. Brizard, quarante ans, nettoyeur de carreaux, de la mère, qui fait des ménages, et d'un enfant de cinq ans, le petit Adolphe.

La famille était des plus unies et jouissait dans le quartier de l'estime générale. La nuit dernière, vers deux heures, des cris épouvantables réveillaient la maison endormie.

— « Au secours ! venez vite ! au secours ! » hurlait une voix désespérée qui venait du logement occupé par les époux Brizard. Les voisins se levèrent, accoururent, enfoncèrent la porte.

On aperçut, luttant avec sa femme dans une étreinte terrible, M. Brizard en chemise et les yeux pleins de terreur. Devant la fenêtre ouverte gisait évanoui le petit Adolphe. Voici ce qui s'était passé.

La malheureuse femme avait été prise d'une soudaine crise de folie. Elle avait saisi son enfant, l'avait à demi étranglé et allait le précipiter par la fenêtre quand le père intervenant s'était opposé à l'accomplissement de son sinistre projet.

Les voisins aidèrent M. Brizard à maîtriser la pauvre folle qu'il fallut conduire en hâte à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

L'enfant a été transporté à l'Hôtel-Dieu dans un état des plus alarmants.

M. Picot, commissaire de police du quartier Saint-Merri, a ouvert une enquête.

51. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du vendredi 24 avril 1903) :

Il y a quelque temps, M. Meyer, demeurant 40, rue de l'Hôtel-de-Ville, perdait dans une affaire une somme importante. Par surcroît de malchance, il fut samedi congédié de sa place. Il éprouva un profond chagrin et ses proches craignirent pour sa santé.

Hier matin, M. Meyer se réveilla à son heure habituelle ; mais, au lieu de s'habiller, il se promena nu dans sa chambre. Sa démarche était fébrile, ses gestes nerveux. Il refusa de répondre aux questions que lui posa sa femme, puis tout à coup il se jeta sur elle, l'arracha du lit, mit sa chemise en lambeaux. Il venait d'être frappé d'un accès subit de folie.

Il s'efforça d'entraîner la malheureuse sur le palier, changea bientôt d'idée, ouvrit la fenêtre et tenta de la précipiter dans le vide.

Elle poussa des cris désespérés qui ameutèrent les passants. Des locataires de la maison purent parvenir jusqu'à elle et tinrent son mari en respect, en attendant l'arrivée des agents.

A leur vue, le forcené entra en fureur ; il en fallut quatre pour le maîtriser. On le ligota ; il brisa ses liens. Pour l'emmener au commissariat de police, on dut l'envelopper dans un sac, qui fit office de camisole de force.

M. Court, commissaire de police du quartier, l'a dirigé sur l'infirmerie du Dépôt.

52. *Un fou à l'Oratoire.* — Sous ce titre, le *Journal* (numéro du lundi 27 avril 1903) publie le fait suivant :

Un incident s'est produit, hier matin, au temple de l'Oratoire, rue Saint-Honoré. Il était environ onze heures, le temple était rempli de fidèles. Soudain, au milieu du recueillement général, un homme se leva, un revolver à la main, en criant :

— Il faut en finir !

Et six détonations retentirent successivement pendant qu'une panique indescriptible se produisait.

Hâtons-nous d'ajouter que le revolver était chargé à blanc et que l'inconnu avait tiré au plafond. Tout se réduisit donc à

peu de chose, si ce n'est une violente émotion parmi les assistants.

Quelques-uns s'étaient déjà précipités vers les portes ; deux dames étaient en proie à une violente crise de nerfs. Cependant, le premier moment d'émotion passé, l'auteur du scandale fut appréhendé et conduit hors du temple. Il n'opposa d'ailleurs aucune résistance et suivit d'un pas tranquille les agents qui l'emmenaient au poste.

A l'interrogatoire qui lui fut posé par M. Bureau, commissaire de police du quartier des Halles, il répondit sans difficulté, avec calme, déclinant ses nom et qualité : Edouard Salomon, inventeur malheureux, âgé de quarante-quatre ans, habitant rue Sedaine, 63.

Il s'expliqua :

— Oui, j'ai fait le coup ; il y a, en effet, trop longtemps que cela dure ; il y a trop longtemps que je travaille, que je brûle mon cerveau et ma vie en pure perte. Ici-bas, lorsqu'on a une idée dans la tête, on est montré au doigt ou tourné en risée ; les penseurs sont traités d'enfants ou de fous. Moi, je ne suis ni un enfant ni un fou : je suis un penseur, de ceux qui veulent être utiles à leurs semblables, qui croient au progrès, qui croient au bonheur pour tous et qui veulent faire ce bonheur.

A force de travail, à force de réflexion, j'ai fini par entrevoir la solution du problème : mes théories sont faites pour renverser l'ordre de choses actuel, mais avant tout pour faire de mon semblable un homme heureux. J'ai essayé de m'expliquer, d'exposer mes idées ; mais on m'a ri au nez et on n'a pas voulu m'écouter. C'est pour attirer l'attention publique sur ma découverte que j'ai tenu à faire un éclat. Le juge d'instruction au moins, lui, sera bien forcé de m'écouter.

Après cette profession de foi quelque peu déconcertante et insolite, le penseur malheureux, autant qu'incompris, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

53. *Tentative de parricide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du vendredi 1<sup>er</sup> mai 1903) :

L'année dernière, au cours d'une rixe, un jeune typographe, Henri Laloi, dix-neuf ans, fut blessé, au côté gauche, par une balle de revolver. Transporté à l'hôpital Cochin, il en sortit, après plusieurs mois de traitement, guéri de sa blessure, mais atteint du délire de la persécution. Il se croyait, à tout instant, entouré d'agresseurs, et, s'emparant d'un revolver, tentait de faire feu sur les personnes qui l'approchaient.

On dut se résoudre à le faire enfermer, et il fut interné à l'asile de Villejuif, sur la demande de sa mère. Laloi se prit alors à haïr celle-ci et déclara, à qui voulait l'entendre, qu'il se vengerait.

Hier après-midi, vers cinq heures, trompant la surveillance de ses gardiens, il parvint à s'échapper de l'hospice.

Il se rendit aussitôt chez sa mère, qui occupe un modeste logement, au numéro 62 de la rue de la Tombe-Issoire, dans le quartier du Petit-Montrouge. Comme M<sup>me</sup> Laloi manifestait quelque étonnement de voir revenir son fils, celui-ci, dès qu'il eut pénétré chez elle, lui dit :

— Tu m'as fait enfermer ; tu vas mourir !

Et, tirant un couteau, dont il s'était muni, il lui en porta cinq coups, dans la poitrine et dans le dos.

La malheureuse s'affaissa en appelant au secours. Des voisins survinrent ; Laloi se laissa maîtriser sans résistance, et conduire au commissariat de la rue Sarrette, d'où il fut envoyé, sous bonne garde, à l'infirmerie du Dépôt, par M. Grimal, commissaire de police.

La blessée, dont l'état est grave, est, sur sa demande, soignée à son domicile.

54. *Tentative de suicide et d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du mardi, 5 mai 1903) :

Comme l'agent Boullier était de faction sur le quai de Gesvres, hier matin, il vit arriver une jeune femme tenant à la main une fillette d'une huitaine d'années. Elle marchait fort tranquillement, causant avec l'enfant ; mais soudain elle s'arrêta et fit monter celle-ci sur le parapet qu'elle enjamba à son tour.

Le bon agent se précipita. Il retint la fillette par le bord de sa jupe et put saisir un bras de la jeune femme. Puis il se mit à crier à l'aide, si haut et si fort qu'on accourut bientôt et que deux vies furent sauvées.

La femme fut conduite au commissariat du quartier Saint-Merri. M. Picot, qui l'interrogea, s'aperçut aisément qu'elle ne jouissait pas de toute sa raison. Il l'envoya à l'infirmerie du Dépôt. C'est une couturière, Marie Jouany, âgée de vingt-sept ans. La fillette est son enfant. Elle a été conduite aux Enfants-Assistés.

35. *Un mystique homicide.* — On télégraphie de Tiflis à *Paris-Nouvelles* :

« Le journal caucasien *Mchak*, raconte le fait suivant : Un certain Aslamazoff, habitant le village caucasien de Bayandour, a égorgé, le vendredi saint, au seuil de l'église, son propre fils âgé de sept mois. Arrêté aussitôt et soumis à l'interrogatoire, il a expliqué au juge qu'ayant été très malade, saint Jean lui était apparu en rêve et l'avait conduit dans une vallée où il avait vu Dieu assis sur un trône en or. Et Dieu lui avait dit : « Ivan, je te rends la santé. Tu auras un fils, mais lorsqu'il sera âgé de sept mois, tu me le sacrifieras. »

« Aslamazoff, complètement rétabli, avait essayé de se libérer de son vœu par des prières ; n'y parvenant pas, il s'est décidé à sacrifier son enfant, en public, devant l'église.

« La population se montre très irritée de ce que l'on ait arrêté le « saint homme ». (*Le Temps*, numéro du mercredi 6 mai 1903.)

56. *Tentative d'assassinat*. — On lit dans le *Journal* (numéro du vendredi 9 mai 1903) :

Deux agents du XV<sup>e</sup> arrondissement, de service boulevard Pasteur, étaient accostés, la nuit dernière, par un individu ayant la mine d'un ouvrier aisé, qui leur faisait la déclaration suivante :

— Veuillez m'arrêter, car je viens de tuer ma femme.

C'est un fou, pensèrent les agents. Et ils le suivirent jusqu'au numéro 25 de la rue du Château, où, dans une chambre, ils trouvèrent effectivement une jeune femme étendue sur le parquet, la poitrine trouée d'un coup de couteau.

Ils prévinrent immédiatement les ambulances, et pendant que l'on transportait la blessée à l'hôpital Necker, ils conduisaient le meurtrier au poste voisin, où il passa la nuit.

Il déclara se nommer Louis Boursignon, vingt-huit ans ; il déclara ensuite qu'il avait à se plaindre de sa femme, qui ne s'occupait pas de son ménage et ne balayait pas son logement.

— Nous nous sommes disputés. Alors, je lui ai donné un coup de couteau.

Interrogé dans la matinée par M. Raynaud, commissaire de police de Necker, il répondit au magistrat :

— Je ne sais pas pourquoi j'ai frappé ma femme. Nous nous entendons bien, pourtant. Mais, cette nuit, ç'a été plus fort que moi. J'ai senti tout à coup le besoin de tuer ; alors j'ai pris un couteau et j'ai assassiné ma femme.

Les renseignements recueillis sur Boursignon sont bons. Il ne boit pas et l'on s'explique difficilement comment il a été amené à commettre son crime.

Toutefois, comme il ne paraît pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales, il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale.

L'arme dont il s'est servi est un couteau à lame courte et large, assez semblable à ceux dont on se sert pour écailler les huîtres.

M<sup>me</sup> Boursignon, dont la blessure est assez grave, sans être mortelle, sera interrogée aujourd'hui par M. Raynaud.

57. *Excentricités*. — On lit dans le *Journal* (numéro du lundi 11 mai 1903) :

Un individu, vêtu d'une longue soutane, parcourait, hier après-midi, la rue Championnet, en criant à tue-tête :

— Je suis la voix de Dieu !

Un rassemblement considérable s'étant formé autour de lui, l'inconnu fit un grand geste, se jeta à genoux et dit :

— Mes frères, je vais vous bénir !

Puis, tirant un revolver de sa poche, il se mit à tirer sur la foule, en hurlant à pleins poumons :

— A genoux et priez ! Vous ferez fortune après !

Au bruit des détonations, des agents accoururent et s'emparèrent de l'énergumène, qu'ils conduisirent au commissariat de Clignancourt. A toutes les questions qu'on lui posa, il répondit :

— Je suis Dieu le Père, et roi d'Angleterre par intérim.

M. Carpin, commissaire de police, a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt le pauvre fou.

C'est un nommé Isidore Chapelet, trente-cinq ans, journalier, demeurant à Saint-Ouen. C'est un alcoolique invétéré.

Par un hasard providentiel, — c'est le cas de le dire, — personne n'a été blessé.

58. *Homicide*. — On lit dans le *Matin* (numéro du jeudi 14 mai 1903) :

Hier matin, alors que deux ouvriers bijoutiers, Nicolas Doubeski, âgé de trente-trois ans, demeurant, 7, rue Tiphaine, et Ferdinand Thomé, âgé de trente-cinq ans, demeurant, 37, rue de la Villette, employés chez M. Godet, 6, boulevard Poissonnière, montaient l'escalier de cette maison pour gagner les ateliers, situés au deuxième étage, trois détonations retentirent. Des voisins accoururent et trouvèrent Thomé gisant, sur les marches, au milieu d'une mare de sang. Il portait une blessure au cou et une sous l'aisselle gauche. Ils relevèrent le blessé et le transportèrent dans une pharmacie voisine.

Une voiture des ambulances urbaines conduisit Thomé à l'hôpital Lariboisière, où il fut interrogé par le commissaire.

Il ne put prononcer que ce mot : « Doubeski », puis entra dans l'état comateux.

C'était en effet Doubeski qui avait tiré sur lui. Il s'était d'ailleurs constitué prisonnier au poste de police du quartier Bonne-Nouvelle, et avait déclaré au commissaire que, depuis un an, Thomé tenait sur sa femme et lui des propos injurieux. Il prétendit que, trois semaines auparavant, sa victime l'avait injurié et frappé sur le boulevard, en présence de plusieurs personnes. Doubeski avait résolu d'en tirer une vengeance éclatante et avait acheté un revolver, avec l'intention de s'en servir à la première occasion. Il ajouta :

— Depuis quelques jours, sur le bateau, sur l'impériale de l'omnibus, partout, les gens chuchotaient en me regardant ; d'autres ricanaient. Je sentais que j'étais un objet de risée pour tout le monde.

Doubeski, en prononçant ces mots, eut les yeux hagards, les traits convulsés par la colère.

L'enquête ouverte par M. Cotillon, remplaçant M. Rieux, commissaire de police du faubourg Montmartre, actuellement en congé, a établi que Doubeski était atteint du délire de la persécution. Depuis trois mois, il se figurait que Thomé, avec qui il avait été très ami, voulait lui faire perdre sa place et s'efforçait de le diminuer dans l'estime de son patron. Très surexcité, le malheureux se mettait en fureur au moindre geste qui lui déplaisait.

Il a été envoyé au Dépôt, où il sera examiné par le D<sup>r</sup> Garnier.

Quant à Thomé, sur qui on a pratiqué l'extraction des balles, son état paraît désespéré.

59. *Suicide*. — Les locataires du 93 de la rue Réaumur ont assisté, hier matin, à neuf heures, à un épouvantable suicide.

Une locataire du cinquième étage, s'est précipitée par la fenêtre de son logement. C'est M<sup>me</sup> Victorine Girerd, âgée de cinquante-trois ans, dont le mari est chef du personnel de la manufacture de faux-cols Akar, rue de Cléry.

La pauvre femme, qui est folle, avait enjambé l'appui de la fenêtre, s'y cramponnant des deux mains, les pieds appuyés extérieurement sur le chéneau. Elle avait le visage tourné vers son logement, et criait, à quelqu'un qu'on ne voyait pas :

— Ah ! misérable ! vous croyez que j'ai peur de la mort ; tenez, regardez !

Et elle se baissa, abandonnant des deux mains la barre d'appui : le corps tournoya dans le vide, et vint s'abattre sur un treillis de fer protégeant un vitrage au travers duquel il passa et s'abîma sur le pavé. La mort fut instantanée.

Aussitôt qu'on avait aperçu la malheureuse à sa fenêtre, on avait essayé de pénétrer chez elle, pour l'empêcher d'accomplir son funeste projet : la porte était fermée à double tour.

M. Beaurin, commissaire de police, a fait l'enquête sur ce suicide. Il a appris que la pauvre femme avait, depuis trois ans, des hallucinations de l'ouïe et de la vue ; elle était atteinte du délire de la persécution. (*L'Écho de Paris*, numéro du dimanche 17 mai 1903.)

60. *Tentative de suicide*. — Pierre Leclerc, maçon, âgé de quarante ans, demeurant rue du Pré-Saint-Gervais, a déjà été interné plusieurs fois dans les asiles d'aliénés. Le malheureux, que poursuit la monomanie du suicide, a des instants de lucidité grâce auxquels il obtient son « exeat ». Or, la tante de Leclerc, avec qui il habitait, décédait hier soir subitement ; l'ouvrier maçon, en présence du cadavre de sa parente, sentit germer dans son cerveau malade le désir d'échapper à ce lanci-

nant spectacle. Il courut comme un fou — c'est bien le cas de le dire — jusqu'au faubourg du Temple et se jeta dans le canal Saint-Martin. Des mariniers le retirèrent et le conduisirent au poste de secours situé quai Valmy, où des soins énergiques lui furent prodigués.

Questionné par M. Nadaud, commissaire de police, Pierre Leclerc fit le récit de sa lamentable existence et termina en implorant le magistrat de le faire interner à nouveau pour échapper à la tentation d'un second acte de désespoir.

Le désir de Leclerc a été immédiatement réalisé, car, peu après, il était dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro de mercredi 20 mai 1903.)

61. *Suicide*. — Un honorable employé de commerce, M. P..., âgé de cinquante ans, demeurant rue Lakanal, était en proie, depuis quelques temps, à une violente surexcitation. Dernièrement, il rencontrait, dans l'escalier de l'immeuble qu'il habite, une de ses colocataires et, sans savoir pourquoi, lui portait au bras un violent coup de canne.

La locataire, grièvement blessée, dut interrompre son travail et, de ce chef, assigna M. P... en justice de paix. L'employé de commerce fit défaut, et la procédure suivant son cours, il fut condamné à payer une forte indemnité à la demanderesse.

Cette condamnation impressionna vivement M. P..., qui, depuis ce jour, devint mélancolique et, à plusieurs reprises, manifesta l'intention de se suicider.

Hier matin, vers huit heures, il s'emparait d'un rasoir et, d'un seul coup, se trancha la gorge. Le coup fut porté avec une telle violence que les vertèbres cervicales furent mises à nu. Quelques instants plus tard, M. P... succombait.

M. Susset, commissaire de police de Grenelle, a procédé aux constatations d'usage. (*Le Journal*, numéro du mercredi 20 mai 1903.)

#### COMMENT S. A. S. LE PRINCE DE SOLMS

#### FUT GUÉRI DE SON BÉGALEMENT.

Le 29 mai 1754, jour de la Saint-Maximin, un seigneur d'extérieur majestueux se prélassait à une fenêtre du premier étage de l'hôtellerie Zum Weidenhof, la mieux fréquentée de Francfort-sur-le-Mein à cette époque. Ce personnage n'était autre que Son Altesse Sérénissime Frédéric-Guillaume, prince de Solms-Braunfels, seigneur de Greifenstein Lichtenstein, Hungen, Tecklenburg et autres lieux, que des affaires urgentes avaient attiré dans l'illustre ville libre et impériale.



Son Altesse avait bien déjeuné et faisait la digestion en suivant d'un œil amusé le grouillement de la foule dans la Zeil qui était, en ce temps-là déjà, le centre de la vie francfortoise. Tout à coup l'attention du prince, éveillée par les stridentes fanfares d'un cornet de postillon, se concentra sur une élégante berline attelée de deux alezans magnifiques et pleins de feu, qui semblait se diriger vers le Weidenhof. Déjà l'hôtelier vigilant, suivi de quelques domestiques, était à son poste sous la porte cochère. Dès que l'équipage se fut arrêté, il se précipita à la portière, l'ouvrit et, le bonnet à la main, après mille courbettes, révérences et autres manifestations respectueuses, s'empressa d'aider à descendre de voiture un homme encore jeune, à la physionomie bienveillante et fine mais à l'air timide et qui était vêtu avec la dernière élégance. L'accueil prévenant dont ce voyageur était l'objet, ne manqua pas d'éveiller la curiosité de Monseigneur, qui, sans perdre un instant, sonna l'hôtelier. Celui-ci ne tarda point à se montrer dans l'encadrement de la porte, et, souriant mais respectueux et digne, attendit qu'on voulût bien l'interroger.

— Co.... co.... co ...

— Je supplie Votre Altesse Sérénissime de ne pas se fatiguer, interrompit le propriétaire du Weidendof, se rappelant avec un heureux à-propos que S. A. S. était affligée d'un bégaïement épouvantable. Je sais ce que Monseigneur veut me demander. La personne qui vient d'arriver dans ce bel équipage n'est autre que M. Trips, le richissime Wilhelm Trips, auquel appartiennent presque tous les hauts-fourneaux, fonderies et forges de la Wettérvie. Du reste, je ne crois pas me tromper en disant qu'il exploite même des établissements appartenant à la noble maison de Solm.

— C'est... vrai... articula péniblement le prince. Je... le... connais... de... nom.

— Monseigneur a-t-il quelque ordre à faire transmettre à M. Trips? demanda l'hôtelier.

— Ou... oui... Je...

— Votre Altesse Sérénissime désirerait peut-être le voir? fit obligeamment l'autre en voyant les efforts désespérés de son noble hôte.

— Oui... oui..., et du doigt le prince montra un salon attendant à la pièce où cette conversation avait lieu.

— Les ordres de Votre Altesse vont être exécutés immédiatement.

Aussitôt sorti, l'hôtelier qui, d'après les récits du temps, était un rusé compère, se livra dans l'escalier à une pantomime des plus expressives et, pris d'un rire convulsif, tint une conduite en singulier désaccord avec les mines confites qu'il avait

eues en la présence de M. de Solms. Tandis qu'il s'esclaffait, on l'entendit monologuer à peu près en ces termes :

— Voilà une singulière aventure, une plaisante rencontre s'il en fut ! Comment vont-ils se tirer de là ? Son Altesse qui ne peut pas dire quatre mots de suite... je... je... je... Non, c'est trop drôle... Et Trips, non, non, non, Trips qui bégaié encore davantage... si c'est possible toutefois ! Je donnerais je ne sais quoi pour assister à cette entrevue... mais les affaires avant tout, soyons sérieux.

Ainsi que l'avait dit l'hôtelier en son monologue, M. Wilhelm Trips, comblé par la fortune et jouissant de tous les agréments extérieurs désirables, était le plus malheureux des hommes. Il bégayait si affreusement qu'à aucun moment de son existence il n'avait été capable de prononcer son nom. Le propriétaire du « Weidenhof » n'exagérait donc point en assurant que l'entrevue de ces deux affligés aurait un côté piquant.

Un quart d'heure ne s'était pas écoulé que M. Trips pénétrait dans le salon où le prince, dans une attitude noble, était planté sous le grand lustre. Le maître de forges, très intimidé, commença par lui adresser un nombre infini de révérences, puis, croyant avoir satisfait aux exigences de l'étiquette la plus sévère, après s'être à moitié redressé, coula un regard du côté de M. de Solms, et attendit que celui-ci voulût bien lui adresser la parole.

Monseigneur, qui n'avait point bougé depuis le commencement de la cérémonie, paraissait éprouver des souffrances terribles. Le visage en feu, les yeux à demi sortis de leurs orbites, il grimaçait affreusement, parfois s'étreignait à deux mains la gorge, et aussitôt après, d'un geste convulsif, épongeait son visage inondé de sueur.

Trips avait de l'usage, malgré son nom commun, et pour rien au monde n'aurait voulu adresser le premier la parole à son illustre interlocuteur. Néanmoins, en son for intérieur, il se disait que celui-ci en prenait véritablement à son aise, et il en venait à se demander si l'hôtelier, victime d'une erreur, ne l'avait pas fait venir à la place d'un médecin. Tandis qu'il se livrait à ces réflexions, le prince, qui ne se sentait plus observé, surmontait son trouble et disait enfin :

— Je... vous... Je... vous... Je... vous...

Et ce fut tout.

Encouragé par ce début, et comprenant enfin que le prince avait de la difficulté à parler, Trips, dans le but louable de lui venir en aide, esquisse une nouvelle courbette, et voulut à son tour prendre la parole.

— Je... vous... Je... vous... Je... vous...

Mais il ne put en dire plus long, car il s'aperçut alors que M. de Solms lui lançait un regard foudroyant. Après avoir cherché sans résultat les motifs qui avaient pu exciter la colère de S. A. S., et voulant couper court à cette situation pénible, il reprit au bout d'un instant :

— Je... vous... Je... vous...

Et il aurait longtemps continué sur ce ton, s'il n'avait été interrompu avec la dernière brutalité par le prince qui, fou de colère, lui montrait la porte en hurlant :

— Moi aussi ! F...-moi le camp, et plus vite que cela !

L'ordre était si formel que Trips ne songea pas à le discuter. En tacticien habile, soucieux de couvrir ses derrières, mais ne s'expliquant toujours pas la colère de M. de Solms, il battit en retraite face à l'ennemi.

Le prince, ignorant l'infirmité de Trips, avait d'abord cru que celui-ci le singeait, puis, la fureur aidant, s'était imaginé qu'il voulait lui dire, à mots couverts, une grossièreté. De là, cette explosion, et... résultat inattendu, sa complète guérison.

A partir de ce jour, il parla comme tout le monde, d'autres prétendent même qu'il devint extrêmement bavard et le demeura jusqu'à sa mort, qui advint en 1761, le 26 de février. Moins heureux que lui, le maître de forges resta bègue toute sa vie, et ne comprit jamais rien à ce qui s'était passé. (*Le Petit Temps*, numéro du mardi 9 juin 1903.)

## PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### ANNÉE 1904.

PRIX AUBANEL. — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

### ANNÉE 1905.

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1903 et en 1904, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1903 pour les prix à décerner en 1904, et le 31 décembre 1904 pour ceux à décerner en 1905, chez M. le D<sup>r</sup> ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---

**Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XIII<sup>e</sup> session, Bruxelles, août 1903).**

Notre Congrès annuel s'est ouvert de la manière la plus brillante, à Bruxelles, le samedi 1<sup>er</sup> août. Il comptait un nombre d'adhérents qui n'avait jamais été réuni jusqu'ici. Aux adhérents-nés, si l'on peut s'exprimer ainsi, nos confrères Belges étaient venus se joindre en grand nombre et avaient attiré par leurs relations des confrères d'Allemagne et de Hollande acceptant de se servir de la langue française pour leurs communications. Non seulement beaucoup d'adhésions avaient été envoyées mais aussi on comptait beaucoup de présences réelles. La grande majorité de ceux qui l'année dernière, à Grenoble, avaient choisi Bruxelles pour lieu de réunion en 1903, avaient été exacts au rendez-vous et les dames n'avaient pas été les moins exactes. Je dois dire, pour être fidèle chroniqueur, que nos confrères Belges, organisateurs du Congrès de 1903, s'étaient montrés de véritables charmeurs. Aux travaux propre-

ment dits du Congrès s'ajoutaient dans le programme les visites à Gheel et à Lierneux qui fournissaient le motif de charmantes excursions, et l'élément agréable s'ajoutait tout naturellement à l'élément sérieux du Congrès. Enfin un voyage en Hollande était organisé à la suite du Congrès.

Il est juste de dire que M. le professeur Crocq n'avait pas ménagé sa peine et a montré qu'à ses travaux scientifiques il savait joindre un talent remarquable d'organisateur. Deux innovations sont à signaler dans notre Congrès annuel. D'abord l'inscription des dames comme membres associés avec cotisation réduite ayant donné droit à beaucoup de parcours à demi tarif en chemin de fer. Puis la distribution par les soins du secrétaire du Congrès de résumés imprimés des communications faites par les différents auteurs. C'est excellent, non seulement pour les comptes rendus de la Presse, mais encore cela permet de suivre plus facilement les discussions et les travaux du Congrès.

On le faisait déjà dans d'autres Congrès ; il n'en faut pas moins féliciter M. Crocq d'avoir introduit cet usage parmi nous.

Le Congrès a été ouvert comme d'habitude par une séance d'apparat. Un trophée de drapeaux belges, français et suisses marquait les pays de langue française. Dans la grande salle du palais des Académies, le baron Van der Bruggen, ministre de l'Agriculture (ayant le service des aliénés dans ses attributions), est venu au nom du Gouvernement belge adresser les souhaits de bienvenue au Congrès. Le ministre plénipotentiaire de France à Bruxelles a répondu au baron Van der Bruggen ; puis M. Francotte, président du Congrès, a pris la parole et après les remerciements d'usage a pris comme thème de son discours : « La timidité ».

La timidité, a-t-il dit, est un état de malaise quand on

se trouve en présence de ses semblables. Il a étudié alors les caractères de l'intimidation, les troubles vasomoteurs qui produisent soit la rougeur, soit la pâleur de la face; les troubles moteurs qui produisent soit l'immobilité de l'intimidé, soit des tremblements, des spasmes, enfin le trouble mental.

M. Francotte a décrit quatre catégories de timidité. La forme accidentelle qu'on appelle vulgairement le trac; la forme habituelle qui est déjà plus grave mais n'est pas encore pathologique; la forme obsédante; enfin la forme avec perturbations mentales graves, qui est toujours liée à la débilité mentale. M. Francotte a examiné ensuite l'étiologie de la timidité, sa pathologie et son traitement.

Il a terminé son discours en disant que la timidité doit être combattue; mais la timidité a ses compensations. Le timide a pour caractère d'être bienveillant.

M. l'inspecteur général Drouineau, délégué du ministre de l'Intérieur, a remercié de l'accueil qui était fait aux aliénistes français et montré comment faisant partie de la même famille scientifique que nos confrères Belges, nous formions le même faisceau qu'aux congrès précédents. Il a parlé brièvement du rôle social des aliénistes, de leur responsabilité et de l'assistance familiale qui a pris naissance en Belgique à Gheel.

Le baron Van der Bruggen a levé la séance en souhaitant que les travaux du Congrès produisent des fruits heureux et que le climat de la Belgique ne justifie pas trop sa mauvaise réputation pendant notre séjour.

A 1 heure de l'après-midi le Congrès a été reçu à l'Hôtel de Ville de Bruxelles. Les échevins, en l'absence du bourgmestre, qui se trouve éloigné de Bruxelles en ce moment, ne se sont pas bornés à nous adresser des souhaits de bienvenue; il nous ont fait les

honneurs de ce merveilleux monument dont les Bruxellois sont fiers à juste titre, et que nous avons visité en détail. Puis on s'est hâté de rentrer au palais des Académies, car on s'était un peu attardé à l'Hôtel de Ville, et on a abordé les travaux du Congrès. M. Ballet, au nom de M. Régis empêché, a procédé rapidement à l'installation du bureau. Le président, M. Francotte, a prononcé quelques mots de remerciement et a donné la liste des présidents d'honneur. M. Crocq a communiqué les résultats financiers du Congrès de Grenoble et on a abordé l'ordre du jour proprement dit. M. Francotte a alors cédé gracieusement la présidence à M. Brissaud.

La première question mise à l'ordre du jour du Congrès, « Catatonie et stupeur », avait pour rapporteur le Dr Claus, médecin en chef de l'Asile de Mortsel (Anvers).

Le Dr Claus dit en débutant dans son rapport, que cette question est une des plus vastes et des plus compliquées de la pathologie mentale. « En l'étudiant de plus près, dit-il, en recherchant comment la catatonie avait surgi, quelles étaient ses relations avec les autres formes morbides, quelle était la place qu'elle devait occuper dans nos classifications, quelles étaient sa valeur, son importance, si elle devait être considérée comme un symptôme, un syndrome ou une entité morbide, je me suis engagé dans un débat qui, au lieu de se rétrécir au fur et à mesure que mon étude progressait, s'élargissait à chaque page...

« En pathologie mentale plus que dans toute autre science, les phénomènes morbides sont connexes, se lient les uns aux autres, et la catatonie plus que toute autre manifestation trouve sa répercussion dans tous les domaines de la psychiatrie. C'est dans ce sens que Schüle a dit avec raison : L'étude de la cata-



« tonie équivalait à une profession de foi psychiatrique. » Cette citation montre dans quel sens l'auteur a compris son rôle de rapporteur.

Dans un premier chapitre intitulé : *Aperçu général*, le D<sup>r</sup> Claus expose que Kahlbaum a cherché à classer les maladies mentales d'après leur marche et les transformations qu'elles subissent, pour en constituer des groupes naturels. Ceci amène le rapporteur à passer en revue les principales classifications proposées depuis Esquirol, soit en se basant sur la symptomatologie comme Esquirol, sur l'étiologie comme Morel, sur l'anatomie pathologique comme Parchappe, Voisin, Luys. D'autres auteurs se sont attachés à l'évolution, comme Falret, Kahlbaum, Magnan, Kræpelin. M. Claus signale les travaux d'Ellinger, Snell, Lasègue, Foville, Cotard, Guislain, Sander, Griesinger, Westphal, Baillarger, Bayle, Hecker, Plater, Bellini, Chaslin, etc.

La catatonie est-elle, comme l'ont pensé Kahlbaum et Hecker, une entité morbide, telle que la paralysie générale : M. Claus consacre un chapitre à examiner l'opinion des auteurs. Elle est, dit-il, définie comme une maladie spéciale par Kahlbaum, avec la signification que Parchappe attache à la paralysie générale. A cette opinion se rattachent principalement Hecker, Brosius, Jensen, Rust, Rebst, Neuendorff, Konrad, Kiernan, Hammond, Spitzka, Neisser, et plus près de nous Ziehen, Sommer, Sano, Cuyllits, Tschisch; tandis que d'autre part, Amor, Westphall, Tigges, Mendel, Sander, Séglas et Chaslin, Serbski, Roubinovitch, Paul Lemaître, Crocq, considèrent la catatonie comme un syndrome pouvant compliquer différentes espèces de folies et n'ayant pas la valeur d'une entité morbide. M. Claus examine en détail les travaux de ces divers auteurs, puis il arrive à la conception de Kræpelin qui

considère la catatonie comme une forme de la démence précoce et il analyse l'œuvre de Kraepelin.

Dans un troisième chapitre il étudie l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce à forme catatonique. Il est amené à étudier en même temps la démence à forme hébéphrénique et la démence à forme paranoïde. Dans l'étiologie, il examine le rôle de l'hérédité, du traumatisme, des infections et intoxications, de l'état puerpéral.

Un quatrième et dernier chapitre a pour titre symptomatologie et traite en même temps de la physiologie et de la psychologie pathologique. C'est dans ce chapitre qu'est étudiée tout particulièrement la stupeur. Mendel distinguait :

- La stupeur anxieuse,
- La stupeur maniaque,
- La stupeur catatonique,
- La stupeur hypotonique.

On trouve la stupeur dans la confusion mentale de Chaslin. Il y a la stupeur infectieuse ou toxique (Dufour). Régis et Lalanne ont appelé l'attention sur l'insuffisance rénale dans la catalepsie catatonique symptomatique. Brissaud a signalé la relation des états cataleptoïdes avec l'urémie. Il y a la stupeur épileptique et la stupeur hystérique.

On observe dans les diverses variétés de la démence précoce des symptômes physiques (modification des réflexes, troubles vaso-moteurs, accidents divers). Cela amène le Dr Claus à examiner les opinions des auteurs sur la psychologie et la physiologie pathologique de la démence précoce et sur son évolution.

La conclusion qui se tire de la lecture du rapport de M. Claus est qu'il faut s'attacher à envisager l'évolution des maladies mentales. « L'école d'Heidelberg, dit-il, « suivant en cela les traces de Falret, Kahlbaum, Ma-

« gnan, aura eu le mérite de nous détacher des dia-  
« gnostics du moment. Il est intéressant de constater  
« qu'un malade est excité, déprimé, stupide, confus,  
« délirant. Il est autrement intéressant de faire le dia-  
« gnostic de cette excitation, de cette dépression, de  
« cette stupeur, de cette confusion, de ce délire. Les mé-  
« thodes nouvelles d'observation qui se multiplient, les  
« enquêtes qui embrasseront la vie entière des malades,  
« l'étude de l'homme normal, nous feront concevoir tous  
« ces phénomènes sous une face nouvelle. Les symp-  
« tômes se rattacheront les uns aux autres et les maladies  
« qui se mettront en évidence seront conçues d'après la  
« vraie méthode clinique. A ces points de vue, le syn-  
« drome catatonique, dont vous discuterez la valeur,  
« aura rendu de grands services à la psychiatrie. Il  
« remanie de fond en comble toutes les notions que  
« nous avons acquises, nous oblige à un travail  
« immense d'observation et d'analyse. »

L'exposé du rapport de M. Claus a été présenté par son auteur, mais n'a pas soulevé de discussion générale à proprement parler. La parole a été donnée à M. Paul Masoin (de Gheel), qui a examiné les rapports entre la catatonie et la démence précoce. Il a étudié tout particulièrement les symptômes catatoniques dans la démence précoce, attitudes, stéréotypies, tics, impulsions. Il estime que ce sont des actes de nature automatique, et les compare aux phénomènes d'automatisme de l'idiot.

M. Meige a appelé l'attention sur les signes musculaires de la catatonie et signalé la nécessité de rechercher chez tous les sujets les états somatiques qui ont été rattachés à la catatonie. Il a indiqué des procédés pour rechercher ces signes musculaires, et notamment le phénomène de la chute des bras.

M. Ballet a exposé que la démence précoce a une

double signification : la démence peut être précoce par rapport à l'âge, précoce par rapport à l'évolution de la maladie mentale. La démence vésanique rapide constitue-t-elle une entité morbide ? Elle n'a pas de caractère anatomo-pathologique. C'est un type nosographique, mais M. Ballet le considère comme un aboutissant de la dégénérescence. Il demande qu'on mette à l'étude l'étiologie de la démence précoce et qu'on la mette en parallèle avec les autres vésanies.

M. Masoin a apporté des observations sur les accès épileptiformes chez les déments précoces. S'appuyant sur diverses considérations, l'auteur assigne à ces accidents une origine sous-corticale.

M. le professeur Thomsen (de Bonn) a apporté un travail auquel il a donné pour titre : « Aperçus et démonstrations sur la folie maniaque dépressive ». L'auteur a présenté des graphiques montrant chez le même malade les alternatives de calme, d'excitation, de dépression, dans un grand nombre d'années. Il a étudié le diagnostic avec la démence précoce dès la première attaque de folie. M. Doutrebente a rappelé, pour faire suite au travail de M. Thomsen, les travaux faits en France sur la folie à double forme et la folie périodique. On trouve toujours dans ce cas des tares héréditaires.

M. Marie a apporté une observation d'un cas de démence précoce, observation qu'il a recueillie à la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Il n'y avait pas hérédité dans la famille, mais l'évolution de la grossesse de la mère s'était faite pendant le siège de Paris, et la démence a apparu chez le malade à sa sortie du régiment.

M. Massaut, de Charleroi, a lu un travail sur le diagnostic de la démence.

M. Brissaud a remercié le rapporteur et ceux qui

avaient pris part à la discussion et la séance a été levée.

Le soir, M. et M<sup>me</sup> Crocq avaient l'amabilité de réunir les membres du Congrès à un raout, autrement dit à une soirée avec intermèdes de musique et de chansons. Les réunions de ce genre, au début de la session, ont le grand avantage de mettre tous les membres du Congrès en contact, de nouer des relations nouvelles, de renouer les relations anciennes et de maintenir cette cordialité qui fait, on peut le dire, en dehors de l'intérêt scientifique, l'attrait de nos congrès annuels. M. Crocq se montrait tout à la fois habile organisateur et le plus aimable des secrétaires de nos congrès, et M<sup>me</sup> Crocq prenait très gracieusement sa part dans le Congrès.

Le lendemain, dimanche 2 août, excursion à Gheel. La colonie de Gheel est trop connue pour qu'il soit utile de la décrire ici. Je me borne donc à dire que le congrès a été reçu par M. Peeters assisté des médecins de la colonie. On formait une réunion d'environ cent quarante personnes, qui ont été divisées en cinq groupes, chacun sous la conduite d'un médecin, pour visiter diverses installations de malades. On a été voir la très curieuse église où sont conservés les souvenirs de sainte Dymphne, et où sont représentées par de très anciennes sculptures non seulement les principaux épisodes de la vie et du martyre de la sainte, mais encore les vieilles scènes d'exorcisme ; on a vu la vieille hôtellerie annexe de l'église et origine de la colonie de Gheel, et les groupes se sont réunis pour le déjeuner, gracieusement offert par la colonie.

La fanfare du pays est venue apporter son concours à la réception et a joué entre autres morceaux la *Marseillaise* et la *Brabançonne*.

Avant de reprendre le train de retour, on a été visiter

l'infirmerie, qui est à la fois l'asile de classement, l'infirmerie pour les maladies incidentes, l'asile fermé pour les malades repris d'agitation. Inutile de dire que cette infirmerie est admirablement tenue.

La séance de lundi matin, 3 août, a été présidée par M. le professeur Pierret.

Le rapport sur la deuxième question, histologie de la paralysie générale, a été présenté par M. Klippel.

Dans son rapport M. Klippel débute par une profession de foi : « La paralysie générale, dit-il, n'est pas  
« l'aboutissement de toute maladie mentale suivant la  
« doctrine d'Esquirol, et par là ne saurait être consi-  
« dérée comme une sorte d'équivalent de la démence,  
« qui termine si souvent la folie.

« Elle n'est pas non plus une entité morbide, définie  
« par des lésions toujours semblables de tout point,  
« comme le voulait Bayle.

« *Elle est un syndrome clinique commun à des toxines*  
« *diverses entraînant des lésions tantôt inflammatoires,*  
« *tantôt dégénératives, mais toujours caractérisées par*  
« *leur diffusion, par leur tendance progressive et par*  
« *leur action sur un certain mode, en deçà ou au delà*  
« *duquel ces mêmes toxines produisent d'autres syn-*  
« *dromes.* »

M. Klippel distingue trois groupes de paralysies générales :

- 1° Les formes inflammatoires.
- 2° Les formes associées à d'autres lésions.
- 3° Les formes dégénératives et à lésions spécifiques.

Dans un premier chapitre, il décrit les lésions de formes inflammatoires.

On constate souvent à l'autopsie l'épaississement des os du crâne avec dilatation des vaisseaux, adhérence de la dure-mère aux os épaissis. A l'œil nu on voit l'épaississement de l'arachnoïde avec infiltration séreuse et

plaques opalines. La substance grise est habituellement ramollie et la substance blanche souvent indurée. Les méninges adhèrent à la face libre des circonvolutions, le plancher du quatrième ventricule et des ventricules latéraux a un aspect chagriné. Ce sont des lésions signalées depuis longtemps. M. Klippel aborde ensuite l'étude des lésions histologiques. Il décrit l'histologie des érosions qui pour lui sont dues à des lésions vasculaires. Il y a diapédèse des globules blancs et infiltration des gaines lymphatiques par de nombreuses cellules rondes, parmi lesquelles on distingue plusieurs variétés, lymphocytes, *Mastzellen* d'Ehrlich. La lésion, dit M. Klippel, n'a aucun caractère de spécificité, sa signification est celle d'une infection microbienne banale. On a trouvé aussi la diapédèse de globules rouges et des hémorragies miliaires. Les parois propres des vaisseaux participent à l'inflammation. Il y a endo et péri-artérite et dégénérescence des vaisseaux. Les éléments nerveux de l'écorce sont atteints. Pour les cellules nerveuses, les lésions du corps cellulaire sont à la fois dégénératives et atrophiques et vont depuis la tuméfaction trouble jusqu'à l'atrophie la plus complète. Ce sont les grandes cellules pyramidales qui sont surtout atteintes. Il y a abrasion des prolongements dendritiques, puis agglutination de plusieurs épines. Les prolongements cylindriques diminuent notablement. Il y a secondairement une prolifération de la névroglie, d'où la modification de la matière blanche. Les lésions les plus marquées se trouvent dans les circonvolutions antérieures; mais les lésions s'étendent aux ganglions basilaires, au mésocéphale, au cervelet. Les nerfs crâniens sont altérés à leur voisinage dans l'encéphale et plus ou moins loin. Mais ce qui caractérise toutes les lésions de la paralysie générale, c'est leur diffusion, tandis que le tabes a une localisation toute spéciale. Le liquide céphalo-rachidien

est atteint lui aussi. On y rencontre des leucocytes (soit des polynucléaires, soit des lymphocytes), des hématies altérées et parfois des microbes pathogènes (pneumocoques, staphylocoques, plus rarement le streptocoque et le bacille de Koch).

Dans un second chapitre M. Klippel étudie son deuxième groupe, les paralysies générales associées à d'autres lésions, et les décrit comme des encéphalites secondaires. Telles sont d'après lui les paralysies générales des alcooliques, des artério-scléreux, des syphilitiques. L'encéphalite inflammatoire paralytique apparaît *comme une affection secondaire greffée sur des altérations encéphaliques préalables, et qui ont été pour elle un point d'appel*. Dans des sous-chapitres il examine les lésions qu'on rencontre dans la paralysie générale associée à l'alcoolisme, à l'athéromasie, à la syphilis; il apporte des observations à l'appui; enfin il examine les paralysies générales associées secondaires à d'autres lésions telles que celles du tabes, et il signale que l'encéphalite diffuse peut se greffer sur les malformations cérébrales dont s'accompagne l'idiotie.

Le chapitre III est consacré au troisième groupe et a pour titre : les paralysies générales dégénératives. Dans ce chapitre M. Klippel étudie la pseudo-paralysie générale arthritique, la paralysie générale de la tuberculose, et cite des observations. Il signale que la pellagre et d'autres intoxications alimentaires, les kystes hydatiques, le diabète et l'urémie pourraient entraîner le syndrome paralytique.

On trouve chez les malades qui succombent à la paralysie générale des lésions en dehors de l'encéphale, et M. Klippel passe en revue ces lésions dans les chapitres IV, V et VI de son rapport. Le chapitre IV est consacré aux lésions de la moelle et des nerfs spinaux et l'auteur est amené à examiner les rapports de la paralysie géné-



rale et du tabes. Il a constaté que dans la paralysie générale les lésions spinales ont une double origine : 1° les localisations primitives de la maladie dans la moelle, 2° les dégénérescences secondaires à l'encéphalite.

Dans le chapitre v, M. Klippel étudie les lésions des viscères et du grand sympathique. On trouve à l'autopsie des lésions du poumon, du foie, du rein, du cœur. Or, il faut distinguer les lésions antérieures à l'éclosion de la paralysie générale, les lésions liées à l'état de marasme survenant à la suite de l'inanition subaiguë ou chronique, enfin les lésions d'infections secondaires, telles les pneumonies, néphrites, escarres. Les lésions liées à l'influence du système nerveux du paralytique sont des vaso-paralysies et dans tous les viscères le processus est le même, marqué par la congestion des capillaires, les hémorragies miliaires, la dégénérescence pigmentaire, l'atrophie, le catarrhe desquamatif des épithéliums voisins.

Le chapitre vi est consacré aux recherches que M. Klippel a faites sur les altérations histologiques du sang dans la paralysie générale. Il a constaté la concentration du sang et la présence de globules rouges nucléés. Il cite vingt-cinq observations à l'appui.

Dans une seconde partie intitulée : Conclusions, M. Klippel présente une vue d'ensemble sur la question. Dans le sous-chapitre intitulé : « Les lésions dans leur nature », il résume ce qu'il a exposé dans les trois premiers chapitres de la première partie et dans le sous-chapitre II, il examine les lésions dans leurs conséquences. Ces lésions sont à la fois irritatives et destructives et peuvent servir à l'interprétation des symptômes notés par la clinique. La démence est en évolution parallèle avec la destruction des dendrites du corps cellulaire. Le sous-chapitre III est consacré à l'étude des

lésions dans leur évolution et M. Klippel insiste de nouveau sur la différence des lésions. Le rapport est terminé par un index où sont citées trois cent vingt et une indications bibliographiques et par une belle planche portant dix-neuf coupes de moelle épinière.

Dans son exposé verbal M. Klippel a insisté sur ce point que la paralysie générale est une maladie du XIX<sup>e</sup> siècle, et le nombre de ceux qui en sont atteints augmente sans cesse dans les asiles. La syphilis date de plusieurs siècles et sa gravité diminue. Quelques années après l'accident primitif la virulence diminue et les lésions tendent à se circonscrire. Or, c'est une évolution contraire à celle de la paralysie générale. Autrefois on considérait l'ictus apoplectique chez les vieillards comme étant toujours dû à la syphilis ; on est aujourd'hui moins exclusif. La statistique montre la fréquence de la syphilis chez les malades atteints de paralysie générale ; mais, dit M. Klippel, la paralysie générale n'est pas syphilitique de nature, même si elle évolue sur un terrain syphilitique. On a des exemples de chancre chez des malades atteints de paralysie générale ; or, si l'encéphalite était syphilitique, la réinfection ne serait pas possible. M. Klippel conclut de la statistique que la paralysie générale est un syndrome.

Dans la discussion ouverte sur le rapport de M. Klippel, M. Anglade a mis en doute que la paralysie générale inflammatoire fût caractérisée exclusivement par une diapédèse. Dans le cerveau, comme ailleurs, a-t-il dit, l'inflammation provoque la réaction des tissus présents. Diapédèse et réaction névroglique périvasculaire sont deux phénomènes contemporains qui ne semblent pas succéder aux premières atteintes de la cellule nerveuse. Au surplus, toutes ces réactions de l'organe cérébral paraissent à M. Anglade consécutives aux réactions méningées. Aussi bien dans la moelle que dans le cerveau,

la pie-mère lui semble être primitivement atteinte par le poison de la paralysie générale.

Ces poisons de la paralysie générale ont-ils vraiment une origine aussi banale que le dit M. Klippel? Assurément les lésions de la paralysie générale ne sont pas d'ordre grossièrement syphilitique. Mais nous ne pouvons avoir la prétention de connaître toutes les formes de méningo-encéphalite syphilitique, ni même de méningo-encéphalite tuberculeuse; car M. Anglade ne dissimule point sa tendance à rendre la tuberculose responsable de certains faits de paralysie générale.

M. Toulouse a communiqué le résultat de ses recherches sur l'histologie de la paralysie générale. Il a constaté la diapédèse dans la paralysie générale inflammatoire. Dans d'autres cas, il a trouvé l'athérome des vaisseaux. Il a remarqué que les paralytiques généraux deviennent rarement tuberculeux.

M. René Verhoogen a communiqué ses recherches sur le sang dans la paralysie générale, et ce qu'il a observé concorde avec les travaux de M. Klippel, sauf qu'il n'a pas trouvé l'hémato-nucléie.

M. Klippel a répondu aux observations qui lui avaient été faites sur son rapport, et on a abordé les communications ayant trait à la paralysie générale.

MM. Joffroy et Rabaud ont communiqué un mémoire sur l'association du tabes et de la paralysie générale. Les auteurs ont étudié une malade qui, après avoir présenté des signes non douteux de tabes, fut atteinte en outre, au bout de quelques mois, de troubles mentaux caractéristiques de la paralysie générale, et l'examen histologique confirma ce double diagnostic. Ils concluent en disant qu'il faut distinguer deux variétés de tabes: l'un plus spécialement radiculaire et évoluant seul à l'ordinaire, l'autre plus spécialement commissural et se développant sous l'influence de la paralysie générale.

L'association du tabes vulgaire et de la paralysie générale n'est pas fréquente, mais néanmoins existe.

La communication de MM. Joffroy et Rabaud a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Klippel et Pierret.

MM. Taty et Jeanty ont présenté un travail sur les lésions de l'écorce cérébelleuse chez les paralytiques généraux. C'est le résultat de leurs recherches sur huit cervelets de paralytiques généraux observés dans le service et au laboratoire de M. le professeur Pierret.

MM. Vigouroux et Laignel-Lavastine ont, sous le titre : Contribution à l'étude de quelques formes de la paralysie générale, apporté quarante-deux observations de paralytiques généraux étudiés à l'asile de Vaucluse, et y ont joint les comptes rendus des autopsies et des examens histologiques.

M. Laignel-Lavastine a communiqué ses recherches sur l'histologie pathologique du plexus solaire dans la paralysie générale. C'est dans les cas où il y avait association avec le tabes que M. Laignel-Lavastine a rencontré des lésions du plexus solaire.

M. Arnand a lu un mémoire sur la période terminale de la paralysie générale. M. Lalanne a apporté une observation très complète et très intéressante de paralysie générale juvénile avec autopsie.

MM. Raviart et Caudron ont présenté un mémoire sur la fréquence et l'évolution des lésions du fond de l'œil dans la paralysie générale, étude clinique et histologique.

MM. Toulouse et Vurpas ont communiqué leurs recherches sur la réaction pupillaire aux toxiques comme signe précoce de la paralysie générale. L'action de l'atropine et l'action de l'ésérine se prolongent, d'après leurs observations, trois fois plus de temps chez les paralytiques généraux que chez les individus normaux.

M. Pierret a fait le résumé critique des diverses communications qui venaient d'être faites sur la paralysie générale et la séance a été suspendue. Elle a été reprise sous la présidence de M. Francotte pour régler les questions relatives à l'organisation des prochains congrès. Déjà, la ville de Pau avait été choisie comme siège du Congrès en 1904. M. Brissaud a été élu président par acclamation. M. Girma a été désigné comme secrétaire général. On a fait choix des questions suivantes :

- 1° Des démences vésaniques. Rapporteur : M. Deny.
- 2° Les localisations motrices médullaires. Rapporteur : M. Sano.
- 3° Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Rapporteur : M. Kéraval.

Le choix de la ville de Rennes a été fait pour siège du Congrès en 1905.

Le Congrès s'est ensuite divisé en deux sections pour entendre les communications dues à l'initiative individuelle. C'est pour nos Congrès une innovation qui a ses avantages et ses inconvénients. L'avantage est qu'on est moins pressé en fin de session et qu'on peut choisir sa section suivant la nature de ses études. L'inconvénient est qu'il y a des communications intéressantes dans les deux sections, et il est impossible de se débrouiller. L'auteur de cette chronique prie de l'excuser si l'on trouve des lacunes dans le compte rendu des sections, car il ne pouvait être partout en même temps.

A la section A, M. Chervin a lu un mémoire sur la distribution géographiques des bégues en France, et a distribué une carte où cette distribution est indiquée par des teintes. Son mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Meige et Granjux.

M. Brissaud a fait une communication très intéressante sur ce qu'il appelle : La douleur à volonté ou les douleurs par habitude ; il s'agit de cas où les douleurs

se prolongent quand la cause qui a provoqué la douleur a disparu, et M. Brissand considère qu'il y a là une obsession hallucinatoire. Ce travail a naturellement provoqué une discussion. M. Bernheim a exposé que l'image psychique peut survivre à l'image réelle.

M. Ballet a apporté des observations de céphalée intensive dont la bénignité pouvait se diagnostiquer par l'intensité même de la douleur, et a cité des cas de crampe des écrivains purement psychique.

M. Dupré a présenté au nom de MM. Dupuy-Dutemps et Cestan une note sur un phénomène palpébral constant dans la paralysie faciale périphérique; puis M. Dupré a communiqué, en son nom personnel, la photographie d'un malade atteint d'un héli-spasme tonique de la face, et un mémoire sur le puérilisme mental paroxystique. M. Meige a apporté au nom du professeur Grasset une note sur un cas de voix eunuchoïde datant de l'ictus dans l'hémiplégie cérébrale (paralysie du cricothyroïdien). Puis il a communiqué un mémoire fait en collaboration par MM. Brissaud, Hallion et Meige, et intitulé : Acrocyanose et crampe des écrivains. Les auteurs donnent comme conclusion que la crampe des écrivains et l'angiospasme paraissent bien être sous la dépendance d'un trouble cortical.

La séance a été levée après la lecture par M<sup>lle</sup> Lipinska d'un mémoire intitulé : Contribution à l'étude de l'hypnotisme en Suède. La technique du D<sup>r</sup> Wetterstrandt.

Au cours de la séance de la section A nous avons reçu le résumé des mémoires communiqués à la section B.

Maurice Faure. — Traitement mécanique des paralysies spasmodiques; traitement mécanique des troubles viscéraux chez les tabétiques (crises laryngées, troubles de la respiration, de la digestion, de la miction, de la défécation); résultats du traitement hydrargyrique chez les tabétiques.

Foveau de Courmelles. De la lumière en thérapeutique nerveuse.

Joire. L'action de la lumière sur l'organisme et son emploi thérapeutique. Le trac des artistes et son traitement.

Le soir avait lieu le banquet traditionnel du Congrès. C'était une grosse journée, et le lendemain on devait être sur pied à une heure matinale si l'on ne voulait pas manquer le train pour Spa.

Les 4, 5 et 6 août furent consacrés à l'excursion organisée pour visiter Spa, Liernux et revenir à Bruxelles par Rochefort, Dinant et Namur.

L'étendue donnée au compte rendu des premières séances me force d'être très bref sur cette partie du Congrès, et c'est dommage, car ce fut à la fois une excursion charmante et instructive.

A Spa nous fûmes reçus fort aimablement par le bourgmestre en sa double qualité de médecin et de représentant de la ville, et une conférence très intéressante fut faite sur les propriétés des eaux de Spa et l'installation de l'établissement thermal, par le D<sup>r</sup> Wibauw, de Spa.

L'après-midi séance de communications. Parmi les travaux communiqués je citerai : Royet. Sur la forme la plus habituelle des troubles de mentalité qui se produisent au cours des maladies des cavités naso-pharyngiennes ; Giraud. Note sur les aliénés processifs ; Gilbert Ballet et Jean-Philippe. Etude comparative de la fatigue au moyen de l'ergographe et des ergogrammes chez l'homme sain, le neurasthénique, le myopathique, et dans l'atrophie musculaire névritique ; Serrigny. Mandrin pour faciliter l'introduction de la sonde œsophagienne chez les aliénés ; Serge Soukhanoff. Sur la pathogénie des obsessions morbides ; Lannois. Erythro-mé-lalgie suivie de gangrène des extrémités (observation

avec autopsie); Raviard. Contribution clinique à l'étude de la syringomyélie; Léri et Vurpas. Contribution à la classification des monstres anencéphaliens, rôle physiologique du bulbe chez ces monstres.

Pendant cette séance les dames des médecins de Spa recevaient très aimablement les dames du Congrès et leur faisaient les honneurs de la ville. Après la séance, visite des sources et de l'établissement thermal par groupes sous la conduite d'un des médecins de la ville. Et pour clore cette réception, banquet offert par la ville et concert après le banquet. On ne pouvait être plus aimable.

Le 5, visite de Lierneux. Le Dr Deperon, directeur de la colonie, nous attendait à la descente du train et avait mobilisé toutes les voitures du pays pour nous conduire à travers la colonie. Nous avons vu là une installation qui ne cède en rien à Gheel, créée de toutes pièces malgré les résistances opposées au début par le bourgmestre d'alors et malgré les méfiances des habitants. L'infirmerie est dans un site très gai. Nous avons pris là une excellente leçon de choses, et tout contribuait à nous faire voir Lierneux sous le jour le plus favorable. Le temps, qui avait été affreux le lundi à Bruxelles et encore maussade le mardi à Spa, était remis au beau pour Lierneux. Le pays est joli, accidenté. On a gaiement déjeuné en plein air dans le jardin de M. Deperon. M<sup>me</sup> Deperon avait fait disposer la table avec beaucoup de goût sous une voûte de verdure et faisait gracieusement les honneurs de l'installation. Ajoutons que M. le Gouverneur de la province de Liège qui a contribué pour beaucoup à la création de la colonie de Lierneux avait tenu à présider à notre visite.

Lierneux est loin du chemin de fer et afin de suivre le programme, très heureusement disposé pour nous bien faire voir le pays qui nous rappelait tantôt les



paysages des Vosges, tantôt ceux du Limousin, les voitures nous ont conduits à la station de Bomal. De là on a gagné Rochefort, où les vivres et le coucher avaient été préparés. En fidèle chroniqueur je dois mentionner que nous avons été reçus à Rochefort par le bourgmestre, qui lui aussi est médecin, et nous avons visité la curiosité du pays, les grottes de Rochefort.

Le 6, retour à Bruxelles et journée extra-médicale de Congrès, mais nous avons bien gagné un jour de repos avant de reprendre l'ordre du jour des travaux et nous avons besoin de nous préparer pour discuter avec calme la question du traitement de l'agitation. La journée a été consacrée à visiter le matin les curieuses grottes de Han. On a gagné Dinant en chemin de fer. On a fait en bateau la descente de la Meuse de Dinant à Namur: ce qui nous a permis, en dehors de l'agrément de la promenade, de passer devant l'asile de Dave et nous sommes rentrés sans incidents le soir à Bruxelles.

L'ordre du jour des travaux a été repris le 7 août dans la matinée, sous la présidence de M. Doutrebente.

La troisième question : « Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses », a eu pour rapporteur M. Trénel : « Le traitement de l'agitation et de l'insomnie, dit l'auteur du rapport, s'il n'est qu'un chapitre dans la pathologie nerveuse, représente en réalité presque toute la thérapeutique active de l'aliénation mentale. Agitation et insomnie, en effet, sont les seuls grands symptômes physiques de la folie sur lesquels l'aliéniste puisse parfois agir d'une façon efficace. »

Dans une première partie M. Trénel étudie au point de vue général l'agitation et l'insomnie. Il distingue l'agitation simple qui est l'agitation du maniaque, l'agitation par réaction due à la douleur morale ou à des hallucinations terrifiantes, l'agitation automatique

dont l'origine est obscure et dont l'automatisme de l'épilepsie peut être pris comme type. Pour l'étude de l'insomnie M. Trénel présente un exposé très intéressant et très documenté de la physiologie du sommeil normal et il recherche les causes qui troublent le sommeil chez l'aliéné.

Dans une deuxième partie, il aborde l'examen des médicaments hypnotiques et examine les avantages et les inconvénients que présente l'emploi de ces médicaments, leur action physiologique et thérapeutique. C'est ainsi qu'il passe en revue le chloral, le chloralamide, le croton-chloral, le chloral uréthane, l'éthyl-chloral-uréthane, le chloral-antipyrine, le chloralose, le chlorétone, l'uréthane, l'hédonal, le méthylal, l'hypnone, l'hydrate d'amylène, le dormiol, le sulfonal, le trional, et le tétro-nal (ce sont les seuls sulfones qui possèdent un pouvoir hypnotique utilisable avec une toxicité relativement faible), la paraldéhyde.

Puis M. Trénel aborde l'étude d'une autre série de médicaments hypnotiques ; ce sont l'opium et ses principaux alcaloïdes, la morphine, la codéine, la narcéine qui est peu usitée, la papavérine qui est abandonnée dans la pratique. Puis l'auteur passe à l'examen des dérivés de la morphine, l'héroïne, utilisée chez les enfants, la dionine ou éthyl-morphine, la péronine. Vient ensuite l'étude des alcaloïdes des solanées, l'atropine et l'hyosciamine, et dans cette étude on trouve un chapitre fort intéressant sur l'hyoscine, la scopolamine et la duboisine qui paraissent être le même médicament avec des noms différents selon la provenance.

M. Trénel passe ensuite en revue le chanvre indien, la pellotine, l'ergotine, et termine son chapitre par l'étude des bromures.

Il arrive à une troisième partie, très intéressante et tout à fait à l'ordre du jour, l'examen des moyens phy-

siques de traitement. Tout d'abord l'alitement. M. Trénel fait un historique détaillé de cette méthode de traitement; il en examine les indications physio-pathologiques, l'influence subie par le poids, la circulation, la pression sanguine, la température; il en étudie le mode d'emploi, les divergences d'avis sur les avantages et les inconvénients de l'alitement dans un dortoir; il apporte des relevés de malades traités par l'alitement, à Villejuif, dans le service de M. Briand; à Vaucluse, dans le service de M. Vigouroux; à Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan. Vient après l'alitement, la question des bains prolongés et permanents. M. Trénel rappelle que Turck fut le premier des médecins modernes qui préconisa les bains permanents et le fit sans rencontrer d'imitateurs, de sorte que, née en France, la pratique des bains permanents a été réinventée récemment en Allemagne. On doit suivre des règles précises pour la température du bain prolongé. Les bains ont une action sur la circulation, sur la pression sanguine. Il y a une grande différence entre les bains tièdes ou frais qui sont calmants, et les bains très chauds qui sont excitants.

Les douches froides n'ont plus aucune application dans le traitement de l'aliénation mentale; mais les bains froids sont préconisés dans les cas spéciaux où le trouble mental est dû à une intoxication. A la méthode des bains froids se rattache l'enveloppement humide.

Après l'exposé du rapport par M. Trénel la discussion a été ouverte.

M. Cullerre a parlé de l'opium, de l'alcool et des injections de sérum physiologique; M. Deschamps a parlé de l'influence du régime pour ramener le sommeil; M. L'Hoest a dit que le chloralose, le sulfate de duboisine et le trional avaient ses préférences, chacun répondant à une indication spéciale.

La séance a été ensuite interrompue pour qu'on pût se rendre à l'Institut Solvay, où M. le professeur Van Gehuchten a fait, avec de nombreuses projections, une conférence très intéressante sur la polyomyélite antérieure aiguë de l'adulte, et sur le trajet central des nerfs moteurs périphériques établi par la méthode de la dégénérescence wallérienne indirecte. M<sup>lle</sup> Stefanowska a ensuite fait, également avec projections, une communication sur le mode de contact entre les neurones.

Dans l'après-midi la discussion sur le traitement de l'agitation et de l'insomnie a été reprise. M. Devos a parlé de l'aconitine, de la digitaline, de l'hyosciamine, de la codéine, de la quinine et de son arséniate, du camphre monobromé, de la cicutine, et de l'association de l'aconit, de la digitaline et de l'hyosciamine. M. Lallanne a parlé des alcaloïdes des solanées ; M. Lallemant, de la scopolamine ; M. Peeters, de l'action de l'électricité et de la médecine vibratoire ; M. Dubois (de Berne), du traitement physiologique de l'insomnie. Puis M. Dautreberte a résumé la discussion. M. Tréniel a répondu aux diverses observations qui lui avaient été faites, et a insisté sur l'action de l'alitement pour calmer l'agitation. La discussion a été close et on est passé aux communications particulières.

M. Toutichkine a lu un mémoire sur le rôle de la sélection négative dans le processus de l'hérédité pathologique. M. Cullerre a lu une note sur une forme particulière de la sitiophobie. M. Debray a apporté une contribution à la pathogénie du signe d'Argil Robertson ; M. Bastin, une communication sur l'épilepsie thyroïdienne. M. Chardon a lu une note sur l'installation d'un pavillon d'isolement pour les aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières, et M. Marie, d'accord avec M. Raviard, a émis un vœu pour que cette mesure fût généralisée dans les asiles ; le vœu a été adopté.

Le 8 août dans la matinée les communications particulières ont été épuisées. MM. Monestié et Pailhas ; D'une sorte de léthargie des processus de cicatrisation chez une hystérique ; M. Masoin : Organisation du service de médecine mentale dans les prisons ; M. Bourneville : De l'idiotie mongolienne ; du traitement thyroïdien chez les idiots mongoliens myxœdémateux infantiles, obèses et offrant un arrêt de développement physique ; traitement médico-pédagogique des enfants arriérés (idiots, imbéciles, etc.) ; MM. Bourneville et Lemaire : Rachitisme et idiotie.

Il me reste à noter toute une série de communications que je n'ai pu entendre par suite de la division en deux sections, mais dont les résumés nous ont été remis. De M. Meige : Le spasme facial : ses caractères cliniques distinctifs ; Infantilisme myxœdémateux et maladie de Recklinghausen, par MM. Meige et Feindel ; Tics des lèvres, chéilophagie, chéilophobie, par M. Meige ; Le rôle du noyau dans la régression musculaire, par MM. de Buck et de Moor. Troubles de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques ; Principes d'une psychothérapie rationnelle, par M. Dubois ; La suggestion pendant la narcose éthyl-méthylique, par M. Paul Farez ; Pathogénie et pronostic du tabès, par M. Maurice Faure ; Traitement de la chorée arythmique hystérique par l'immobilisation. De l'influence de la vue comme élément d'auto-suggestion dans la genèse des phénomènes hystériques, par M. Huyghe ; sur l'excitabilité des muscles dégénérés, par M<sup>lle</sup> Ioteyko ; Syndromes solaires expérimentaux, par M. Laignel-Lavastine ; Un cas de retard de la parole par malformation anatomique chez un arriéré épileptique, tentative de traitement chirurgical, par M. Larrivé ; atrophies musculaires progressives spinales, et syphilis par M. André Léri ; Contribution à la classification pathologique des mons-

tres anencéphaliens, par MM. Leri et Vurpas; La colonie familiale d'Ainay-le-Château, par M. Lwoff; De la suggestion matérialisée à l'état de veille, par M. L. Peeters; Hystérie et morphinomanie, par M. Paul Sollier; Crises hypéralgiques périodiques persistant pendant plusieurs jours de suite et datant de plusieurs années, guéries par la suggestion hypnotique, par M. Jules Voisin; Le mécanisme de la conscience, par M. de Vries (d'Amsterdam).

A l'issue de la séance du matin, un petit groupe de membres du Congrès a été visiter avec beaucoup d'intérêt la maison de santé d'Uccle, dont M. Crocq est le médecin et où M. Crocq sait allier les méthodes scientifiques avec les exigences des familles de malades payants. Le soir, M. Francotte offrait un banquet où il avait cherché à réunir tous les membres du Congrès et leur famille, et dont il faisait les honneurs avec une bonne grâce charmante. Par une attention délicate pour les membres français du Congrès, il avait prié le ministre plénipotentiaire de France à Bruxelles de prendre part à la réunion. Je n'ai pas l'habitude de m'étendre ici sur ce qu'on peut appeler la partie extra-médicale du Congrès, mais je dois dire que ce fut une charmante fête de famille.

Je devrais m'arrêter ici, car les travaux scientifiques du Congrès sont clos; mais le bureau du Congrès n'avait pas considéré sa tâche comme terminée. Le très aimable professeur Francotte, président, assisté du non moins aimable professeur Crocq, secrétaire général chargé d'assurer vivres et logement, s'est mis à la tête des membres du congrès inscrits pour l'excursion de Hollande. Et ce ne fut pas la tâche la plus commode du secrétaire général dans le Congrès, car il y eut près de cent inscrits. On visita sur la route de la Hollande: Bruges, Blankenberghe, où le bourgmestre vint faire au

Congrès les honneurs du Casino, Ostende, où le bourgmestre nous reçut officiellement à l'Hôtel de Ville, et nous donna entrée libre au kursaal. La traversée d'Ostende à Flessingue se fit sur un bateau appartenant à l'État belge, et mis gracieusement à la disposition du Congrès. En somme, nos confrères belges ont fait tout leur possible pour nous rendre agréable le séjour en Belgique, et nous faire emporter le meilleur souvenir du Congrès de 1903. Ils y ont pleinement réussi et peuvent être donnés comme l'exemple de bonne organisation pour les congrès suivants. Il est impossible d'avoir dans une ville française le luxe d'excursions qu'on a trouvé en Belgique, mais on peut prendre pour modèle un secrétariat général parfaitement organisé, donnant des renseignements précis, chaque fois qu'on en a eu besoin, avec un ordre du jour bien réglé fonctionnant sans à-coups; — il faut souhaiter au Congrès de 1904 de réunir un nombre d'adhérents se rapprochant du nombre des adhérents de 1903, et de voir apporter une somme de travaux aussi considérable.

A. GIRAUD.

---

---

# Psychologie morbide

---

## LE PROPHÈTE SAMUEL

Par le D<sup>r</sup> Charles BINET-SANGLÉ

Professeur à l'École de psychologie de Paris.

---

### I. — L'ASCENDANCE.

Ce fut au XI<sup>e</sup> siècle avant Ieschou de Nazareth (Jésus-Christ) qu'apparut le roë (voyant) Schemonël.

Il naquit au village de Ramathaïm-Çophim (1), dans la montagne d'Ephraïm, pays riche en vins (2).

Voici, d'après la Bible (3), sa généalogie dans la ligne paternelle :

Abraham,  
Icehaq,  
Israël,

*Levi,*  
*Qeäth,*  
*Içar,*

---

(1) Aujourd'hui Er-Ram, à 4 kilomètres d'El-Kouds (Jérusalem).

(2) Il résulte de mes recherches que la religiosité est surtout prononcée sur les côtes (rareté et lenteur des courants sociaux, d'où ignorance), sur les montagnes (même cause due à la difficulté des communications), et dans les pays alcooliques (dégénérescence mentale).

(3) I Chronique, I et I Schemouël, I. Traduction E. Ledrain.



Qorah,	Mahath,
Ebyassah ou Ebyassaph,	Elqana,
Assir,	Çouph, l'Ephratite,
Thahath,	Thoah ou Thohon,
Çefanya,	Eliël ou Elihou,
Azarya,	Ieroham,
Ioël,	Elqana,
Elqana,	Schemouël.
Amassai,	

Il était donc de la tribu de Lévi. Qu'on se figure une caste chargée de fournir aux prêtres catholiques des sacristains, des suisses, des chantres, des organistes et des enfants de chœur, et l'on aura une idée de ce qu'était la tribu de Lévi par rapport à la descendance d'Aäron, où se recrutaient exclusivement les cohènes. De vingt-cinq ou trente à cinquante ans les lévites étaient au service du clergé juif.

Ils gardaient l'entrée de l'ohel-mohed (tabernacle), chantaient et jouaient des instruments pendant les cérémonies religieuses, et présentaient au cohène le bois, l'eau et les autres choses nécessaires au sacrifice.

Il va sans dire qu'étant donné leur nombre, sur leurs vingt ou vingt-cinq ans de service religieux, ils ne compaient que très peu de temps de présence à l'ohel-mohed.

Le père de Schemouël, Elqana, était un homme bon et pieux. Chaque année, il montait avec sa famille au tabernacle de Schilo (à 22 kilomètres au nord de Ramathaïm-Çophim) où, depuis le temps d'Ioschoua (Josué), se trouvait l'arche, pour offrir à Iahvé-Çebaoth le sacrifice pacifique.

Ce sacrifice avait pour but d'honorer le dieu, de lui demander ses grâces ou de le remercier de ses bienfaits.

Conformément à la loi (1), Elqana emmenait avec lui un animal sans défaut et engraisé exprès. Il le conduisait dans le parvis de l'ohel-mohed et, lui posant la main gauche sur la tête, l'égorgeait devant l'autel des holocaustes. Après quoi, le cohène ouvrait la victime, la dépouillait, recueillait le sang, enlevait la graisse de l'abdomen et, si c'était un agneau ou un bélier, coupait la queue qui était très grasse. Il mettait ces parties sur les mains d'Elqana et, les soutenant, les lui faisait lever en haut et tourner vers les quatre parties du monde. Il répandait ensuite le sang autour de l'autel et jetait la graisse dans le feu sacré. La poitrine et l'épaule droite de la victime lui étaient réservées. Le reste revenait à Elqana, qui le distribuait aux membres de sa famille pour le repas de piété.

L'une de ses deux femmes, Perinna, recevait plusieurs parts. Mais sa seconde femme, Hanna, n'en recevait qu'une, parce qu'elle était stérile. C'était pour Perinna une occasion de se moquer de sa rivale.

Chez les peuplades primitives, où la lutte pour la vie se réduisait à la lutte du nombre, où un père de famille était d'autant plus puissant et plus considéré qu'il avait plus d'enfants, la stérilité était une honte, le châtement des puissances célestes.

« Donne-moi des enfants ou je meurs ! » criait Rahel à Iaäqob. Il en est encore ainsi de nos jours chez les peuplades sauvages, et Livingstone rapporte qu'à Angola, dans le golfe du Bengale, les femmes stériles sont en butte à la raillerie publique.

Hanna offensée pleurait et ne mangeait pas. Son mari, qui l'aimait assez pour n'avoir point profité du droit au divorce que lui donnait la stérilité de sa femme, essayait de la consoler.

---

(1) Lévitique III.

« O Hanna, pourquoi pleures-tu ? Pourquoi ne manges-tu pas, et te montres-tu si affligée ? Ne suis-je pas pour toi meilleur que dix fils (1) ? »

Un jour, elle entra dans l'ohel-mohed et fit le vœu suivant : « Iahvé-Cébaoth, si tu vois le chagrin de ta servante, que tu te souviennes de moi, et que tu n'oublies pas ta servante, et que tu lui donnes une semence d'homme ; je la consacrerai à Iahvé pour tous les jours de sa vie, et le rasoir ne montera pas sur sa tête (2). » Elle pria mentalement mais avec tant de ferveur que ses lèvres remuaient, et que le chef du sacerdoce, Eli, la crut ivre, car en Kenaän, pays de viticulteurs, l'ivresse n'était point rare.

« Jusques à quand, lui cria-t-il, étaleras-tu ton ivresse ? Délivre-toi de ton vin. »

— « Il n'en est rien, mon maître, lui répondit Hanna ; je suis une femme au cœur triste. Je n'ai bu ni vin, ni liqueur mêlée de la vigne, mais je répandais mon âme devant Iahvé. Ne prends pas ta servante pour une vaurienne. C'est par excès de douleur et d'affliction que j'ai parlé jusqu'ici (3). »

Evidemment l'émotivité de Hanna est extrême. Non seulement elle s'offense et s'attriste jusqu'à en pleurer et à ne pouvoir manger sa part de la victime, des railleries de l'autre épouse ; mais, au cours de la prière, elle ne peut réprimer ce qui se passe en elle. Soit que le champ de sa conscience soit rétréci (4), soit que

---

(1) I. Schemouël, I. Traduction E. Ledrain 1886.

(2) Ibid.

(3) Ibid.

(4) Le champ de la conscience est, pour moi, le champ des neurones conscients en état d'extension. Ce champ varie à tout instant de la vie. Il est à son maximum dans l'état de veille complète, notablement rétréci dans la rêverie, réduit à fort peu de chose dans le sommeil avec rêves, et à rien dans le sommeil anesthésique profond.

sa rétentivité cérébrale soit affaiblie, soit que la pression nerveuse devienne telle dans l'écorce que la limite de résistance des neuro-diélectriques (1) soit dépassée, soit pour toutes ces raisons ensemble, les ondulations nerveuses du pallium s'échappent par les voies centrifuges et agitent les muscles de la face. D'intérieure, la parole devient extérieure (2). Les lèvres remuent. Le visage prend l'expression de l'ivresse.

« Je ne puis pas penser bas, disait à Ségla une de ses malades ; cela m'étouffe, et il me faut parler tout bas, plus souvent tout haut quand je pense ».

« Je suis quelquefois obligée, lui disait une autre, de parler tout à fait ma pensée, et je cause toute seule tout le temps (3). »

« Va en paix, dit Eli à Hanna, et que l'Elohim d'Israël t'accorde ce que tu demandes (4) ».

Il est évident que la stérilité de la femme due à l'absence, à l'atrophie ou à la dégénérescence sclérokystique des ovaires, à l'antéflexion congénitale de l'utérus, aux atrésies du col, aux malformations du vagin empêchant la copulation, ou à l'incongruence des deux éléments sexuels mâle et femelle, ne saurait être modifiée par suggestion.

Mais peut-être n'en est-il pas de même de la stérilité due aux salpingites ou aux métrites, les premières déterminant une turgescence de la muqueuse salpingienne, qui en arrive à fermer l'isthme, les secondes des sécrétions mortelles pour les zoospermes ou une turgescence de la muqueuse utérine qui empêche la nidation.

---

(1) Ch. Binet-Sanglé. Théorie des neuro-diélectriques. *Archives de neurologie*, septembre 1900.

(2) Victor Egger. *La parole intérieure*, 1881, p. 166.

(3) J. Ségla. *Les troubles de la parole chez les aliénés*. 1892, p. 127.

(4) I Schemouël, I.

C'est qu'en effet il s'agit là de maladies inflammatoires, et que, par l'intermédiaire des neurones vaso-moteurs ou trophiques, il semble qu'on puisse agir par suggestion sur les tissus enflammés.

Bien mieux, il existe une stérilité d'origine nerveuse. D'après la théorie de Pflüger, reprise par Eugène Coulonjou (1), le follicule ovarien en voie de croissance déterminerait une compression et peut-être une irritation chimique des filets nerveux centripètes qui l'entourent. Les ondulations nerveuses ainsi produites gagneraient la moelle, puis reviendraient à l'ovaire par les nerfs vaso-moteurs. Il en résulterait une vaso-dilatation intense qui aurait pour conséquence la rupture des vaisseaux et des follicules ovariens et une hémorragie entraînant l'ovule dans l'utérus. L'ovulation d'une part, la menstruation de l'autre seraient donc sous l'influence directe du système nerveux.

Un grand nombre de faits plaident en faveur de cette manière de voir.

Pour ce qui est de la menstruation, Eugène Coulonjou cite cinq cas d'affections mentales compliquées d'aménorrhée. Chez une maniaque, les menstrues étaient supprimées à chaque accès.

Une violente terreur ou un grand chagrin peut aussi les interrompre brusquement ou déterminer une métrorrhagie. Enfin on peut faire cesser ces deux états morbides par suggestion, ainsi que l'ont montré Auguste Voisin (2), Burot (3), Journée (4), Marandon de Mon-

---

(1) Eugène Coulonjou. Sur l'aménorrhée d'origine nerveuse. *Archives de neurologie*, octobre 1899.

(2) Auguste Voisin. Communication à la Société médico-psychologique. Séance du 29 novembre 1886.

(3) Burot. Grande hystérie guérie par l'emploi de la suggestion et de l'autosuggestion. *Revue de l'hypnotisme*. 1891.

(4) Journée. Petite hystérie et troubles dysménorrhéiques traités par la suggestion hypnotique. *Revue de l'hypnotisme*. 1891.

tyel (1), Liebeault, Bernheim, Dècle, Edgard Bérillon (2), André Gascard (3), Bugney, Milne Bramwell, Jules Voisin, Paul Joire.

Mais si, d'après les accoucheurs anglais, d'après Duncan surtout, la dysménorrhée est une cause importante de stérilité (dans un cas d'Heinrich Kisch (4), une femme qui avait accouché déjà deux fois, cessa d'être réglée à la suite d'une frayeur et depuis demeura stérile), et si, d'après ce dernier auteur, il y a tout espoir de guérir la stérilité compliquée d'aménorrhée lorsqu'on a réussi à rappeler le flux menstruel, il faut dire que l'ovulation peut se produire sans la menstruation, et qu'une aménorrhéique peut être fécondée.

Il ne suffit donc pas de prouver qu'on peut agir par suggestion sur la fonction cataméniale pour qu'il soit démontré qu'on peut agir de même sur la stérilité.

Mais il y a d'autres preuves. On sait que les névroses produisent des effets fâcheux sur l'ovulation, et il existe des cas nombreux où des altérations subites du système nerveux ont enrayé soudain la fonction ovarique. Marandon de Montyel a constaté que les familles où les affections mentales sont héréditaires se distinguaient par une fréquence plus grande de la stérilité (1 sur 7), ce qui, soit dit en passant, plaide en faveur d'une anomalie mentale chez la mère de Schemouël. D'autre part il n'est pas douteux que l'excitation sexuelle de la femme au moment du coït joue un rôle dans la fécondation. C'est là une croyance populaire

(1) Marandon de Montyel. Deux cas de fausse grossesse. *Revue de l'hypnotisme*, 1897, p. 289.

(2) Edgard Bérillon. XVI<sup>e</sup> session de l'Association pour l'avancement des sciences médicales. Séances des 22 et 24 septembre 1887.

(3) André Gascard. Influence de la suggestion sur certains troubles de la menstruation. *Revue de l'hypnotisme*, 1890, p. 100.

(4) Heinrich Kisch. *Causes et traitement de la stérilité chez la femme*; Steinheil, 1888.

qu'Eichstedt, Kehrer et Kisch soutiennent de leur autorité.

Kisch a constaté la dyspareunie (anaphrodisie de la femme) chez 30 p. 100 des femmes stériles, et il attribue ce phénomène à l'absence, chez ces sujets, de la sécrétion cervicale propre à exciter la motricité des zoospermes, et à favoriser leur pénétration dans la matrice, sécrétion qui accompagnerait l'orgasme. Une femme du monde, mère de plusieurs enfants, lui racontait que non seulement elle savait reconnaître si, chez elle, le coït serait suivi de conception, mais qu'elle pouvait le rendre fécondant ou non. Demeurait-elle passive, la fécondation n'avait pas lieu. Était-elle active et s'abandonnait-elle à la volupté, la conception était certaine.

Mandat (1) de son côté rapporte le cas d'une femme qui, frigide à l'égard de son mari et stérile, rencontre au bal un ancien amant, éprouve des désirs, coïte en rentrant avec son mari, et conçoit même à l'instant.

Les dyspareuniques sont presque toutes des hystériques, anesthésiques ou hyperesthésiques du vagin, et Kisch a observé souvent cette affection chez les juives de la Pologne russe.

Or, si l'on songe que les hystériques sont extrêmement suggestionnables, et que rien n'est plus susceptible d'être modifié par suggestion que les émotions sexuelles, on sera bien près d'admettre qu'on peut, dans certains cas, agir par suggestion sur la stérilité de la femme. Quoi qu'il en soit, on relève, dans plusieurs endroits de la Bible, le fait d'une stérilité guérie sous l'influence de la divinité, c'est-à-dire par suggestion (2).

---

(1) Mandat. *De la stérilité chez l'homme et chez la femme*. 1833, p. 152.

(2) Genèse, XXVIII, I Rois, II, psaume CXII.

Quelque temps après sa prière exaltée et le souhait d'Éli, Hanna conçut et enfanta un fils qu'elle appela Schemouël, ce qui veut dire « demandé au dieu ».

A l'occasion du sacrifice annuel suivant, Elqana confirma devant Iahvé le vœu de sa femme, qui était de lui consacrer Schemouël. Cette confirmation était nécessaire, la femme étant, chez les anciens juifs, sous la tutelle du mari, même au point de vue religieux.

Schemouël, déjà lévite de naissance, était ainsi voué au naziréat perpétuel, qui consistait à s'abstenir de vin et de toute liqueur enivrante, à éviter toutes souillures, surtout celles qu'on contracte aux funérailles, et à porter les cheveux longs.

Hanna allaita son fils et, après qu'il fut sevré, le fit monter avec elle au tabernacle de Schilo, où elle offrit trois taureaux, un epha de farine et une outre de vin. Puis elle conduisit l'enfant à Éli, disant : « Iahvé a écouté ma demande. Moi, je le lui veux donner : Que, tous les jours de sa vie, il soit à celui qui est (1) ». Ils se prosternèrent, et elle entonna une hymne.

C'est donc à peine sevré que Schemouël fut attaché à l'ohel-mohed de Schilo. On le ceignit de l'éphod de lin; et il fut en quelque sorte l'enfant de chœur d'Éli. Chaque année, au sacrifice pacifique, sa mère lui apportait un petit méhil (manteau) qu'elle avait fait de ses propres mains. Alors Éli la bénissait ainsi qu'Elqana, disant : « Qu'à la place du prêt qu'elle a fait à Iahvé, Iahvé te donne de cette femme une postérité (1). » Et Hanna enfanta trois fils et deux filles.

Le sillon ouvert en son sein par le soc du verbe ne s'était point refermé. Les graines germaient une à une et s'épanouissaient en fleurs.

(A suivre.)

---

(1) I Schemouël, I.

(2) Schemouël, II.



---

## Pathologie.

---

# ÉTUDE SUR LA MÉLANCOLIE

PAR LES DOCTEURS

**Serge SOUKHANOFF, et Pierre GANNOUCHKINE,**

Privat-docent  
à l'Université de Moscou

Médecin de la clinique psychiatrique  
de Moscou.

*(Travail de la clinique psychiatrique de Moscou).*

---

L'étude des diverses questions de la psychiatrie clinique peut se faire de deux manières. D'un côté, on peut examiner, comparer et étudier des matériaux cliniques concernant les maladies mentales les plus variables ; l'étude de ce genre, sans doute, a ses avantages, perdant dans sa profondeur peut-être, mais gagnant beaucoup dans l'étendue des problèmes qui de cette façon peuvent être posés et ensuite probablement mieux étudiés. D'un autre côté, on a la possibilité de soumettre à l'analyse et à l'étude des matériaux cliniques homogènes, artificiellement assortis, concernant, par exemple, des malades d'un seul et même âge, d'un seul et même sexe ou des malades avec une forme morbide identique, et ainsi de suite. L'élévation des malades avec une forme morbide identique dans un groupe particulier apparaît sans doute la plus naturelle, et une recherche de ce genre a, indubitablement, ses avantages aussi ; toute une série de questions ne peut

même pas être posée à l'examen des matériaux variables et, au contraire, ces questions peuvent plutôt être approximativement résolues dans l'un ou l'autre groupe de maladies mentales. L'insuffisance actuelle de la différenciation de certaines formes morbides et l'absence presque totale d'une classification, adoptée généralement dans la psychiatrie contemporaine, présentent des difficultés presque insurmontables à l'étude d'une telle forme morbide qui, d'après l'avis de la plupart des spécialistes, apparaît discutable et inavouée ; au contraire, les investigations ont d'énormes prérogatives dans l'étude de telles formes cliniques qui apparaissent limitées des autres formes proches d'une manière plus marquée et plus définie. L'une des formes morbides de ce genre, c'est la mélancolie, et c'est dans cela surtout que consiste l'une des causes, pourquoi, après avoir examiné d'abord tous les matériaux accumulés dans la clinique psychiatrique de Moscou concernant *la paralysie générale*, ensuite des matériaux concernant *les obsessions morbides*, nous avons passé maintenant à l'étude de *la mélancolie*.

Une autre cause qui nécessite l'étude de la mélancolie et qui éveille un intérêt pour cette forme morbide, c'est ce fait qu'il n'y a pas longtemps qu'un si éminent représentant de la psychiatrie clinique contemporaine comme Kraepelin a exprimé un point de vue tout à fait nouveau sur la mélancolie, comme entité morbide. Depuis l'année 1896, c'est-à-dire depuis la cinquième édition de son manuel, Kraepelin trouve que la plus grande majorité des états mélancoliques doit être rapportée à l'énorme groupe de la folie maniaco-dépressive ; quant au droit au nom de « mélancolie », d'après son avis, ce droit concerne seulement les cas où la mélancolie a débuté dans la période régressive de la vie de l'organisme, c'est-à-dire chez les personnes qui ont

dépassé l'âge de quarante ans ; les cas où le premier accès a eu lieu à l'âge de l'évolution régressive de l'organisme et qui ensuite ont donné des récidives, ces cas tout de même sont envisagés par Kraepelin, comme des cas de mélancolie spontanée. Ce point de vue original, mais pas assez confirmé par des chiffres, engendra toute une littérature ; il a paru une série non seulement de petits ouvrages, mais des monographies entières (1), dont les unes confirmaient et les autres au contraire niaient le point de vue cité plus haut. La troisième raison qui nous a donné l'idée de nous occuper de l'examen des matériaux de la Clinique psychiatrique de Moscou concernant la mélancolie, c'est que l'étude de la mélancolie, c'est-à-dire de la forme qui appartient aux maladies mentales soi-disant aiguës, donne la possibilité, non pas de résoudre, mais du moins d'approcher de plus près les questions les plus intéressantes de la psychiatrie clinique contemporaine, à savoir la question sur les récidives de la maladie, la question sur la durée des périodes lucides, la question du développement des divers degrés de démence après un ou plusieurs accès de mélancolie, etc... Nous devons dire pourtant ici qu'actuellement, dans l'état contemporain de la science psychiatrique, nous ne pouvons pas du tout reconnaître la différence principale dans les formes périodiques et récidivantes ; nous pouvons dire seulement d'une manière positive que *toutes les psychoses aiguës, indépendamment de leur tableau clinique, ont une extrême tendance à récidiver*. En outre, dans aucun cas de *psychose aiguë et, en particulier, dans aucun cas de mélancolie*

---

(1) Erwin Ruckle. *Ist die Melancholie ausschliesslich ein Psychose der Rückbildungsalters?* 1898.— Joseph Capgras. *Essai de la réduction de la mélancolie en une psychose d'involution pré-sénile*. Paris, 1900.

*colie, où on n'observe qu'un seul accès de mélancolie, on ne peut pas dire avec assurance tant soit peu complète que la maladie n'aura pas de récédive.*

C'est justement en nous basant sur ces considérations que nous nous sommes crus en droit de prendre ensemble outre les cas où il y avait des récédives de la mélancolie, les cas où la mélancolie n'a été constatée qu'en forme d'un accès unique.

Nous trouvons nécessaire de remarquer ici que dans notre travail actuel nous avons laissé tout à fait de côté les formes soi-disant circulaires. Nous nous permettons de croire que la pathogénie des formes récédivantes et des formes circulaires est loin d'être identique et que la genèse des folies circulaires elle-mêmes, comme il paraît, n'est pas la même pour différents cas. Une partie des folies circulaires doit être envisagée (et il existe pour cela certaines raisons) comme ayant un fond organique qui, il est vrai, n'est pas encore assez élucidé (1). Une autre partie de folies circulaires pourtant doit être regardée comme se trouvant peut-être en certaine connexion avec le symptomo-complexus de l'hystérie, ce qu'on ne peut pas dire concernant la mélancolie récédivante, où, même chez les femmes, les indications sur l'hystérie sont comparativement rares.

Le nombre de malades chez lesquels on pouvait constater les phénomènes de la mélancolie était pendant tout le temps de l'existence de la Clinique psychiatrique de Moscou (jusqu'au mois de mai 1902) de 278 cas; dans ce nombre nous avons inclu les malades stationnaires (la moindre partie), ainsi que les malades de la consultation externe. De ce nombre, il y avait 102 hommes et 176 femmes; c'est-à-dire que le rapport du nombre des premiers au nombre des secondes est approximative-

---

(1) Ennen. *Neurologisches Centralblatt*, 1902.

ment 1 : 1,71 ; par conséquent, *la mélancolie chez les femmes se rencontre plus souvent que chez les hommes* (pour une fois et demie). Mais, comme, d'après les données de la Clinique psychiatrique de Moscon, le nombre de tous les malades hommes se rapporte au nombre de toutes les malades femmes, comme 1,75 : 1, alors, en prenant en considération ce dernier rapport, nous venons à la conclusion que si le nombre des malades psychiques, hommes et femmes, était égal, il y aurait trois fois plus de femmes mélancoliques que d'hommes mélancoliques (1 : 2,9). On peut donc dire avec assurance que *les femmes sont plus disposées à la mélancolie que les hommes, chez qui, d'après nos recherches précédentes, bien plus souvent, on peut observer la paralysie générale et, plus souvent, en général, des obsessions morbides, en forme de constitution particulière des obsessions morbides.*

En passant à l'examen du rapport du nombre des mélancoliques au nombre général de tous les malades psychiques, nous avons les données suivantes : sur 3.916 malades psychiques, enregistrés dans la Clinique psychiatrique de Moscon jusqu'au mois de janvier 1901, le nombre des malades atteints de mélancolie était de 243 personnes, ce qui fait 6,23 p. 100 ; sur 2.493 malades psychiques hommes, il se trouvait 90 mélancoliques hommes ou 3,65 p. 100 ; et sur 1.423 malades psychiques femmes, il y avait 153 mélancoliques femmes, c'est-à-dire 10,75 p. 100.

Nous basant sur les données obtenues par nous, nous nous permettons d'affirmer que, *parmi toutes les malades psychiques femmes, pas moins d'une douzième partie revient pour la part de femmes atteintes de mélancolie ; quant aux hommes, il faut dire que cette psychose est comparativement assez rare parmi eux, en tout 3,4 p. 100 de tous les cas.* Comparant ces données

avec les données des autres auteurs, nous voyons que concernant le rapport des sexes entre eux chez les mélancoliques, il y a une ressemblance surprenante dans les chiffres chez nous et chez d'autres auteurs, ce qui donne encore plus le droit d'insister sur la justesse de nos résultats concernant le rapport du nombre des hommes mélancoliques au nombre des femmes mélancoliques. Ziehen (1) a trouvé que la mélancolie chez les femmes se rencontre dans 16,4 p. 100, chez les hommes dans 5,3 p. 100. Garnier (2) a calculé que sur 100 femmes aliénées il y a 15 femmes mélancoliques et sur 100 hommes aliénés 3,7 mélancoliques.

Il n'en est pas ainsi avec le rapport des mélancoliques au nombre général de tous les malades psychiques ; Ziehen ainsi que Garnier donnent, surtout pour les femmes, un pourcentage bien plus grand de la mélancolie que le démontrent nos chiffres. Il est possible que cette différence peut être expliquée en partie par cela que tous les deux auteurs ont basé leurs conclusions exclusivement sur des malades internés, tandis que chez nous la plus grande majorité des malades appartenaient à la consultation externe ; en outre, il faut prendre en considération d'autres conditions : par exemple, la nationalité des malades, la différence dans la manière d'envisager la psychose elle-même chez les auteurs sus-nommés et chez nous, etc. Ici nous trouvons nécessaire de dire que, pour les recherches données, ont été pris des malades chez lesquels, dans leur état mélancolique, la conscience était conservée nette ou chez lesquels cette dernière n'était troublée que tempo-

---

(1) Ziehen. *Die Erkennung und Behandlung der Melancholie*. Halle, 1896.

(2) Voyez chez Roubinowitch et Toulouse. *Mélancolie*. Paris, 1897.

rairement; cela se comprend aisément, que les cas d'*amentia mélancolique* n'ont pas été inclus dans les matériaux qui ont servi de sujet à l'ouvrage présent. Nous n'avons pas pris non plus dans notre statistique les cas auxquels Korsakoff donne le nom de *vesania melancholica*. Enfin, nous n'avons pas trouvé possible de profiter aussi des cas de psychoses récidivantes où, pendant l'état dépressif, existe une masse d'idées délirantes, non propres à la mélancolie pure.

L'examen de l'hérédité dans la mélancolie donne les résultats suivants : sur 244 cas de mélancolie (hommes et femmes ensemble) dans 42 cas (17,2 p. 100) l'hérédité est niée et elle existe dans le reste (120) des cas (82,8 p. 100), dont dans 155 cas il y a des indications sur l'alcoolisme et les maladies mentales et nerveuses du père et de la mère et dans 47 cas des indications sur les mêmes maladies chez des proches parents (sœurs, frères, oncles, tantes, grands-parents). Ces données nous permettent de penser que *l'hérédité dans la mélancolie, constatée dans 82 p. 100 de tous les cas, joue un plus grand rôle que dans la paralysie générale, où nous l'avons trouvée dans 75 p. 100 et un rôle moins considérable que dans la constitution des obsessions morbides, où elle était, d'après nos données, 92 p. 100*. Si nous prenons les femmes et les hommes à part, nous aurons les données suivantes : sur 91 mélancoliques hommes, chez 13 (14,3 p. 100) l'hérédité n'a pas pu être constatée, et chez le reste de mélancoliques, 78 (85,7 p. 100), il faut noter que dans 61 cas il y avait l'alcoolisme, des maladies nerveuses et mentales du père et de la mère et dans 17 cas les mêmes maladies des proches parents. Quant à l'hérédité des mélancoliques femmes, elles se distribuent de la manière suivante : sur 153 cas dans 29 (18,9 p. 100) il n'y avait pas d'indication sur l'hérédité névropathique ou psychopatique, et dans 124

(81,1 p. 100) cas l'hérédité existait ; dans 94 de ces cas, on a noté l'alcoolisme, les maladies mentales et nerveuses du père et de la mère, et dans 30 cas les mêmes maladies chez des proches parents. La différence de 5 p. 100 constatée dans la comparaison de la prédisposition héréditaire chez ces femmes et ces hommes ne peut pas passer ignorée et nous nous permettons de croire que *la prédisposition héréditaire dans l'apparition de la mélancolie chez les femmes joue un rôle moins significatif que ce même facteur chez les hommes*, autrement dit, *ceteris paribus, la femme sans prédisposition héréditaire peut plutôt être atteinte de mélancolie que l'homme*. La différence dans le nombre des mélancoliques hommes et des mélancoliques femmes peut indiquer, pensons-nous, une certaine prédisposition individuelle des femmes à la souffrance de mélancolie ; la différence dans la prédisposition héréditaire entre les hommes et les femmes nous donne pour cela une nouvelle base, prise de tout à fait autre présupposition.

Les malades qui ont servi d'objet au travail actuel arrivaient à la Clinique en âge très différent ; chez quelques-uns des malades nous connaissions seulement un seul accès de mélancolie ; nous sommes, certes, bien loin de la pensée de considérer ces malades comme ayant un seul accès de mélancolie, puisqu'il est très possible que beaucoup de ces malades, surtout des malades jeunes, ont pu avoir encore des accès de mélancolie avec le temps. Tout de même nous trouvons intéressant de citer ici les données où la mélancolie dans les histoires de maladies est notée comme accès unique ; pour cette raison nous avons partagé de tels malades en groupes à part, selon l'âge ; nous avons trouvé que chez les hommes un seul accès mélancolique était observé :



A l'âge de	16 à 20 ans.	5 fois.
—	21 à 25 —	12 —
—	26 à 30 —	12 —
—	31 à 35 —	4 —
—	36 à 40 —	4 —
—	41 à 45 —	7 —
—	46 à 50 —	1 —
—	51 à 55 —	6 —
—	56 à 60 —	2 —
—	60 et plus.	1 —

Ce tableau a, certes, une signification relative; les chiffres les plus grands correspondant aux premiers groupes sont dus sans doute à cela que les mélancoliques de ce groupe étaient d'un âge plus jeune, chez qui, avec un degré plus ou moins grand de vraisemblance, on peut parler de la possibilité des récidives de la mélancolie dans un âge plus mûr. D'un autre côté, plus l'âge est mûr, plus il s'approche de la vieillesse, plus nous avons le droit, pensons-nous, de parler de la mélancolie comme d'un accès unique.

En passant aux cas, où chez les femmes la mélancolie, d'après les renseignements que nous avons eus, a été notée comme un seul accès et en les partageant aussi par les mêmes groupes d'après l'âge, nous obtenons les données suivantes : La mélancolie, comme accès unique, a été constatée :

Jusqu'à	15 ans.	3 fois.
De 16 à 20	—	8 —
21 à 25	—	23 —
26 à 30	—	17 —
31 à 35	—	10 —
36 à 40	—	17 —
41 à 45	—	7 —
46 à 50	—	9 —
51 à 55	—	7 —
56 à 60	—	3 —

Le tableau ci-dessus a une signification relative; ici aussi il faut supposer que le plus grand nombre de cas où la mélancolie est notée dans les historiques des maladies comme un accès unique correspond pour cette rai-

son à l'âge de vingt et un à vingt-cinq ans, que quelques-unes des malades de cet âge avec le temps pouvaient être encore une fois atteintes de mélancolie, de sorte qu'on peut admettre avec un assez grand degré de vraisemblance que si on parvenait à suivre ces malades pendant bien des années, il est possible qu'elles n'auraient plus eu le droit de figurer dans notre groupe de mélancoliques femmes, où la mélancolie est notée comme accès unique.

En ce qui concerne le cours des accès isolés de mélancolie, il faut dire que leur durée présente beaucoup de variation. On rencontre, entre autres, des cas de mélancolie récidivante, où les accès mélancoliques sont de longue durée; ainsi, par exemple, dans un cas de mélancolie récidivante, l'un des accès de mélancolie a duré à peu près treize ans. Voici ce cas :

La malade A. K., paysanne, fille, de quarante-six ans, habite la campagne; elle entra dans la salle de consultation de la Clinique le 19 février de 1901. Le père buvait dans sa jeunesse; l'une des sœurs est morte de phtisie; la seconde, paraît-il, a été atteinte d'un accès de psychose. Chez la malade elle-même, du côté somatique, on peut noter une lésion des sommets pulmonaires. Les menstrues sont régulières. La malade raconte ce qui suit : à l'âge de dix-huit ans elle commença à éprouver des sensations désagréables au cœur; elle ne se sentait pas bien; puis commencèrent à apparaître des idées de suicide; d'après les paroles de la malade, elle n'avait point de grande angoisse. Une telle sensation désagréable, coupée par de courts intervalles d'une semaine ou de deux, dura treize ans. Ensuite, pendant dix ans, la malade se sentait bien et environ quatre ans de cela la sensation désagréable réapparut (la malade nie, pourtant, l'angoisse); de nouveau les idées de suicide surgirent, mais tout cela pour cette fois était plus accentué que la première fois. Ce second accès dura un an et demi, après quoi la malade alla mieux, quoique pas aussi bien que pendant les dix années qui ont suivi la première crise; parfois elle avait encore des idées de suicide; trois mois de cela un nouvel accès survint, la malade se sentait même pire que pendant le second

accès. La malade pense qu'elle est une pécheresse, qu'elle ne se rétablira jamais, craint de mettre à exécution son idée de suicide.

Il faut noter que la durée du premier accès ou des premiers accès était plus courte que des accès consécutifs.

En distribuant par groupes isolés selon l'âge les malades, dans l'histoire de maladie desquels on a noté pas moins de deux accès de mélancolie, nous avons eu les données suivantes femmes (l'âge correspond au premier accès de mélancolie) :

Avant l'âge de 15 ans il y avait . . .	7 cas.
De 16 à 20 ans il y avait. . . . .	10 —
21 à 25 — — . . . . .	20 —
26 à 30 — — . . . . .	8 —
31 à 35 — — . . . . .	11 —
36 à 40 — — . . . . .	5 —
41 à 45 — — . . . . .	3 —
46 à 50 — — . . . . .	3 —
51 à 55 — — . . . . .	2 —

Le nombre des hommes :

Jusqu'à l'âge de 15 ans il y avait. . .	5 cas.
De 16 à 20 ans il y avait. . . . .	10 —
21 à 25 — — . . . . .	5 —
26 à 30 — — . . . . .	7 —
31 à 35 — — . . . . .	9 —
36 à 40 — — . . . . .	5 —
41 à 45 — — . . . . .	4 —
46 à 50 — — . . . . .	1 —
51 à 55 — — . . . . .	1 —
56 à 60 — — . . . . .	1 —

En citant ces données, nous ne sommes pas en droit d'en tirer aucunes conclusions.

Voulant obtenir des données, exprimées en chiffres quelconques, indiquant la durée des intervalles lucides dans la mélancolie périodique, nous nous sommes limités seulement aux cas où chez le malade ou

la malade il y avait deux accès de mélancolie. De trente-deux hommes avec deux accès de mélancolie :

Chez	1	la maladie se répéta avant	1 an.
—	12	—	5 ans.
—	6	—	10 —
—	10	—	après 10 à 20 ans.
—	3	—	après plus de 20 ans.

L'intervalle lucide le plus court dans la mélancolie à deux accès était chez les hommes d'une demi-année et le plus long de vingt-huit années.

En distribuant de la même manière les cas de la mélancolie récidivante avec deux accès chez les femmes, nous voyons que de quarante-six cas de ce genre la durée de l'intervalle lucide :

Dans 12 cas	était de 1 an jusqu'à 5 ans.
— 14	— 5 à 10 ans.
— 18	— 10 à 20 —
— 2	— 20 et plus.

Chez les femmes, l'intervalle lucide le plus court était de un an et demi, le plus long de quarante ans.

En analysant les tableaux ci-dessus et en les comparant entre eux, on peut arriver à la conclusion, que chez les hommes le second accès de mélancolie survient le plus souvent un à cinq ans après le premier et chez les femmes le plus souvent dix à vingt après le premier accès.

Nous avons pris, entre autres, pour but de définir à quel âge et avec quelle fréquence se développe le premier accès de mélancolie. Nous avons pris pour cela les femmes et les hommes à part, en distribuant les uns et les autres par groupes définis selon l'âge et incluant dans ces groupes des malades chez qui on pouvait parler indubitablement d'une mélancolie récidivante, c'est-à-dire où il n'y avait pas moins de deux accès de mélan-

colie; il s'est manifesté que chez les hommes le premier accès de mélancolie s'est développé :

Avant 15 ans dans . . . . .	5 cas.
A l'âge de 16 à 20 ans dans . . . .	15 —
— 21 à 25 — . . . . .	17 —
— 26 à 30 — . . . . .	19 —
— 31 à 35 — . . . . .	13 —
— 36 à 40 — . . . . .	9 —
— 41 à 45 — . . . . .	11 —
— 46 à 50 — . . . . .	2 —
— 51 à 55 — . . . . .	7 —
— 56 à 60 — . . . . .	3 —
— 60 et plus — . . . . .	1 —

Ce tableau permet de tirer la conclusion, que le premier accès de mélancolie chez les hommes le plus souvent se développe à l'âge de vingt-six à trente ans et de vingt et un à vingt-cinq ans ; en ce qui concerne les malades plus âgés, il saute aux yeux que chez eux le premier accès de mélancolie apparaissait le plus souvent à l'âge de cinquante et un à cinquante-cinq.

Concernant les femmes, les données qui étaient à notre disposition ont démontré que de 173 mélancoliques femmes le premier accès de mélancolie s'était manifesté :

Avant l'âge de 15 ans dans . . . . .	10 cas.
A l'âge de 16 à 20 ans dans . . . .	18 —
— 21 à 25 — . . . . .	43 —
— 26 à 30 — . . . . .	25 —
— 31 à 35 — . . . . .	21 —
— 36 à 40 — . . . . .	22 —
— 41 à 45 — . . . . .	10 —
— 46 à 50 — . . . . .	12 —
— 51 à 55 — . . . . .	9 —
— 56 à 60 — . . . . .	3 —

Des chiffres que nous venons de citer on voit que le plus souvent le premier accès de mélancolie chez les femmes se développe à l'âge de vingt et un à vingt-cinq ans (25 p. 100) ; ensuite, on observe une diminution

progressive de la fréquence du développement du premier accès de la mélancolie avec l'augmentation de l'âge des malades.

L'âge le plus jeune où a eu lieu le développement du premier accès de mélancolie était de dix ans et le plus vieux, de cinquante-huit ans.

Le nombre des accès de mélancolie chez les malades, dont les observations ont servi pour le travail actuel, présentait beaucoup de variations. Nous avons déjà parlé plus haut des malades, chez qui on ne connaissait qu'un seul accès de mélancolie ; mais tous les malades semblables ne peuvent pas être considérés comme ayant eu seulement un accès de mélancolie ; nombre d'entre eux devraient être rapportés, sans doute, au groupe de la mélancolie récidivante. De 102 cas de mélancolie chez les hommes, dans 53 cas a été noté un seul accès et dans 49 cas pas moins de deux accès de mélancolie. Si nous prenons seulement la dernière catégorie des cas, comme un groupe de mélancolie récidivante indubitable, alors, à l'examen du nombre d'accès de mélancolie, nous apprenons que dans 32 cas on connaît 2 accès de maladie, dans 13 cas de 3 à 5 accès, dans 4 cas 6 accès et plus. Si même nous admettons que certains cas du *premier* groupe entrent dans le *second* et du *second* dans le *troisième*, tout de même nous avons tout le droit de penser que dans la mélancolie récidivante le plus souvent il y a deux accès de mélancolie.

Cette conclusion a pour appui la présupposition suivante, que dans le premier groupe doivent entrer les nombreux cas où la mélancolie est notée comme accès unique. Dans certains cas, assez rares, il est vrai, le nombre des accès de mélancolie chez les hommes est assez considérable ; ainsi, par exemple, chez un malade on a noté 10 accès de mélancolie, en commençant de l'âge de douze à vingt-sept ans ; chez un autre malade,

en commençant de dix-sept ans jusqu'à quarante ans, il y avait plus de 25 accès de mélancolie.

Si nous allons à présent parler des mélancoliques femmes, nous verrons que sur 176 cas, il en est 104 où la mélancolie est notée dans les historiques de maladie, comme accès unique ; de cette catégorie des mélancoliques femmes nous avons déjà parlé plus haut. Dans 72 cas la mélancolie se répéta : dans 47 on nota 2 accès de mélancolie, dans 19 cas 3 à 5 accès, dans 6 cas 6 accès et plus. En incluant dans ces données aussi quelques corrections, semblables à celles que nous avons faites dans cette direction pour les mélancoliques hommes, il faut tout de même venir à la conclusion que chez les mélancoliques femmes, ainsi que chez les mélancoliques hommes, le plus souvent on observe deux accès de mélancolie.

Le plus grand nombre d'accès de mélancolie était chez une malade, fille de soixante et onze ans, chez laquelle depuis l'âge de trente ans la mélancolie a récidivé pas moins de trente fois.

Concernant les diverses espèces de mélancolie, nous devons dire que nous laissons tout à fait de côté, comme ne satisfaisant pas aux exigences cliniques contemporaines, la division de la mélancolie en formes légères, moyennes et graves, en mélancolie avec délire ou sans ce dernier, en mélancolie agitée et *melancolia attonita*.

La grande majorité, pour ainsi dire le noyau, de tous les cas, sont les cas purs, dont le cours ne présente pas de complications quelconques, les cas qu'on peut nommer *la mélancolie idiopathique essentielle*. Ces cas, d'après nos données, sont très portés à donner des récidives dans des périodes les plus variables et pour un temps très différent.

Ce fait, que la mélancolie, qui a débuté après l'âge de

quarante ans, se répète rarement et parfois même peut-être ne se répète pas du tout (parmi nos observations il y avait, pourtant, 11 cas, où le premier accès de mélancolie a été noté à l'âge de quarante à cinquante ans et qui ensuite eurent des récurrences), ne donne pas encore, sans doute, le droit pour l'élévation de ces cas dans un groupe particulier autonome et seulement pour de tels cas laisser le nom de mélancolie et, d'un autre côté, rapporter tous les autres cas à la folie maniaco-dépressive (Kraepelin).

Dans nos observations ce sont les cas de mélancolie, se développant sur un terrain organique, qui attirent l'attention; ce sont les cas assez fréquents surtout chez les hommes, où de pair avec la mélancolie il arrive d'observer toute une série de symptômes, pour ainsi dire physiques (symptômes d'une lésion cérébrale en foyers, l'inégalité des pupilles, l'inégalité des réflexes patellaires, hémiparésie, aphasie, etc.), ou des phénomènes d'une lésion diffuse de l'écorce cérébrale (l'affaiblissement de la mémoire, quelquefois des symptômes de démence). Capgras, l'auteur de la monographie citée plus haut, a pris ces cas de mélancolie, compliqués par des symptômes organiques, pour un point de départ, et a tâché de prouver que tout cas de mélancolie (il envisage la mélancolie d'après Kraepelin) apparaît comme résultat d'une involution présénile de l'organisme, et a pour base un fondement organique. Nous nous permettons de croire que la manière d'envisager les phénomènes de la mélancolie, même dans les cas où il existe des symptômes organiques très marqués, comme des phénomènes secondaires, sera non seulement prématurée, mais dans bien des cas injuste même, parce que dans bien des cas « de mélancolies organiques », comme l'ont démontré, au moins, nos données, existent dans l'anamnèse des malades



des indications sur un ou plusieurs accès de mélancolie supportés par ces malades avant, autrement dit qu'il y a des indications, qu'il s'agit de sujets déjà *ab ovo* prédisposés à la mélancolie. Il est indubitable, pourtant, que les cas compliqués par des symptômes organiques méritent d'être élevés dans un groupe particulier de mélancolie. Parmi les hommes il y avait 8 cas pareils et parmi les femmes il y en avait 4.

Au nombre de ces mélancolies organiques entrent, sans doute, les mélancolies soi-disant séniles. Mais, outre cela, à travers toute une série de formes transitoires approchent le plus près de ces mélancolies organiques les cas, pas rares surtout chez les hommes, où *de pair avec les phénomènes de mélancolie* il arrive d'observer *des phénomènes d'alcoolisme chronique* (tremblement de la langue et des mains, exagération ou affaiblissement des réflexes patellaires, des névrites, instabilité de l'humeur, etc.). Elever de pareilles formes dans un groupe particulier de cas, pour lesquels on aurait pu aussi indiquer en même temps une marche particulière et une issue particulière, mettre ces phénomènes de mélancolie en connexion seulement avec l'alcoolisme chronique, autrement dit, voir dans ce genre de cas quelque chose de plus qu'une simple combinaison ou une coexistence de phénomènes, c'est encore prématuré, pensons-nous ; notre observation du moins ne nous a donné aucune indication pour cela. Il est indubitable, pourtant, que sur le terrain d'alcoolisme chronique peuvent germer de telles formes de mélancolie (et de ces formes on peut aussi trouver toute une série de transmissions pas sensibles dans le groupe des cas précédents), où l'alcoolisme met un cachet très accentué et sur l'aspect clinique de la maladie, et sur sa marche, et sur ses issues. Les cas de ce genre sont peu nombreux, malgré la fréquence de l'alcoolisme

parmi nos mélancoliques (dans nos observations il n'y avait que 8 mélancoliques hommes qui pouvaient être effectivement envisagés comme espèce à part de mélancolie, comme mélancolie alcoolique). Très souvent la mélancolie commence par des phénomènes de *delirium tremens* ; ensuite, après quelques jours ou 1-2 semaines, les phénomènes rappelant le *delirium tremens* cessent, les hallucinations visuelles disparaissent, disparaît aussi le sentiment intense de la peur chez le délirant, mais restent souvent les phénomènes suivants : un sentiment d'angoisse sans issue, des idées d'auto-accusation, un délire démoniaque, des hallucinations auditives, contenant des injures, parfois des obscénités et même des blasphèmes contre Dieu et contre les saints. Cet état dure plusieurs mois, une demi-année et même plus, après quoi dans certains cas survient une guérison complète ; dans d'autres l'angoisse disparaît, mais les hallucinations auditives restent stables et peu à peu apparaît le tableau rappelant le délire alcoolique chronique.

Parfois « la mélancolie alcoolique » donne des récides.

Du groupe de la mélancolie récidivante nous tirons aussi la *mélancolie avec obsessions morbides*. Parfois, pendant l'accès mélancolique, on peut observer des idées obsédantes très marquées et des peurs obsédantes ; parfois les unes et les autres sont tellement vives que le malade avant tout se plaint justement de ses idées obsédantes et de ses peurs obsédantes. Nous étant assurés, d'après notre examen précédent, que les idées obsédantes ne sont rien autre chose que la manifestation d'une constitution particulière et correspondent à un caractère défini, nous avons fait attention sur ceux des cas où la mélancolie était accompagnée par des idées obsédantes. Il s'ensuit que dans de pareils cas, en ques-

tionnant les personnes qui entouraient le malade et le malade lui-même, on réussit à obtenir des renseignements que les idées obsédantes, quoique à un degré faible, existaient encore avant le développement de l'accès mélancolique. Dans bien des cas de ce genre la mélancolie sert, pour ainsi dire, d'agent provocateur; elle aide à la manifestation des idées obsédantes, qui jusqu'à ce temps se trouvaient à l'état latent. Là où les idées obsédantes sont dans la mélancolie, sont exprimées d'une manière très vive, elles existaient pour sûr aussi avant la mélancolie. Dans d'autres cas de mélancolie avec obsessions morbides on ne parvient pas parfois à constater, ni en questionnant le malade, ni en questionnant ses proches, que les idées obsédantes existaient avant l'apparition de la mélancolie; mais à l'anamnèse plus détaillée on peut s'assurer que le caractère d'un tel malade présentait des particularités servant d'indication sur les idées obsédantes rudimentaires; on apprend qu'un tel malade avait un caractère inquiet, indécis, correspondant, d'après notre avis, à la constitution des obsessions morbides, qui est une constitution aussi indépendante que la constitution et le caractère hystériques, que la constitution et le caractère épileptiques. En vérifiant notre manière d'envisager ces cas sur tous les malades où la mélancolie coexistait avec les idées obsédantes, nous n'avons pas une seule fois obtenu des données, qui parlent contre notre point de vue. Lorsqu'un mélancolique, ayant des idées obsédantes, se rétablit, alors les idées obsédantes s'affaiblissent aussi, l'angoisse peut même tout à fait disparaître, mais ces idées obsédantes, quoiqu'en degré très faible, restent; elles peuvent ne pas empêcher le malade de s'occuper d'affaire, le malade peut même s'habituer à ne point faire attention à ces idées, mais leurs traces restent pour toujours, à ce qu'il paraît. Parmi les cas de mélan-

colie qui par le tableau clinique s'élèvent des cas de la mélancolie idiopathique récidivante ordinaire et dont le phénomène principal consiste dans la connexion de l'angoisse avec les idées obsédantes, ces cas se rencontrent assez souvent ; ainsi, parmi le matériel qui a été à notre disposition, nous avons eu 24 (15 femmes et 9 hommes) cas de ce genre, c'est-à-dire 8, 7 p. 100 ; dans tous ces cas les idées obsédantes étaient exprimées d'une manière très marquée.

Selon nous, sont encore dignes d'être élevés dans un groupe à part les *accès de mélancolie s'étant développés sur un terrain d'un état affectif non stable, après une mélancolie supportée déjà une fois*. Dans certains cas de mélancolie récidivante, qui parfois débute chez des personnes d'âge moyen ou même chez des personnes plus ou moins âgées, on observe l'apparition des récides de mélancolie après de courts intervalles lucides ; les récides de ce genre peuvent facilement apparaître après quelques conditions mauvaises, peuvent disparaître comparativement vite grâce à des conditions favorables. Ordinairement cela est ainsi : le malade supporte le premier accès de mélancolie, l'angoisse disparaît, mais reste une instabilité particulière de l'état émotionnel, qui peut facilement passer dans un état dépressif et dans un état d'angoisse. Il est compréhensible que les accès de mélancolie dans de pareils cas aussi se manifestent après les intervalles lucides de diverse durée, parfois même très vite ; bien entendu que la durée de l'accès mélancolique sera aussi différente en dépendance des conditions externes ; dans le cours de l'accès mélancolique lui-même on observe souvent des rémissions de courte durée. Dans de pareils cas l'état d'angoisse n'atteint pas à une grande profondeur, s'aggravant seulement temporairement ; on ne constate pas ici d'affaiblissement marqué des facultés mentales.

Nous pensons que les cas de mélancolie récidivante de ce genre ne peuvent pas être rapportés au groupe des mélancolies chroniques, qui pendant leur cours ont des diminutions temporaires de l'état d'angoisse; on ne peut les rapporter non plus, sans doute, à la catégorie de la mélancolie, où survient une faiblesse mentale, puisque cette dernière n'existe point du tout ici. Dans certains des cas dont il est question, on peut observer des phénomènes légers d'hystérie, mais nous sommes bien loin de l'idée de qualifier de tels cas comme correspondant à la mélancolie hystérique.

Dans certains cas la mélancolie est accompagnée de phénomènes d'un état *raisonnant*, de sorte qu'alors apparaît le tableau d'une *mélancolie raisonnante*; cette forme de mélancolie est observée ordinairement chez les personnes qui ont une prédisposition héréditaire très grande et lourde; le cours de cette mélancolie subit des oscillations et elle dure longtemps; parfois dans son cours on observe des périodes de rémission et d'affaiblissement de l'état d'angoisse; cette mélancolie dure des années et ordinairement on ne peut pas dire quand surviendra, sinon une complète guérison, du moins une amélioration sérieuse. La mélancolie raisonnante se rapporte aux cas de mélancolie avec un pronostic douteux et peu favorable concernant la *restitutio ad integrum*. Parmi nos observations il n'y a pas beaucoup de pareils cas comparativement; les cas les plus typiques de ce genre ont été exclusivement observés chez les hommes (4 cas). Concernant les femmes il n'y avait qu'une *seule* chez laquelle on pouvait parler d'une mélancolie raisonnante de ce genre.

On peut considérer comme ayant une certaine similitude externe avec la mélancolie raisonnante les accès de mélancolie, parfois d'une durée assez longue, se développant aussi sur un terrain de *dégénérescence psy-*

*chique et d'une déséquilibration mentale* ; mais il n'y a pas ici de phénomènes aussi marqués de l'état raisonnant. Parfois les accès d'angoisse, qui donnent des oscillations, se manifestent dans de pareils cas sous l'influence d'une intoxication quelconque, par exemple dans l'alcoolisme, le morphinisme, etc., et cessent à des conditions favorables ; voilà par quoi ces cas diffèrent de la mélancolie raisonnante, qui donne plus souvent un pronostic plus mauvais.

Si la mélancolie raisonnante se développe chez les hommes, chez les femmes on peut voir parfois une coexistence particulière de mélancolie avec la constitution hystérique. Il faut remarquer pourtant que, contrairement à la mélancolie raisonnante, *la mélancolie hystérique* donne un bien autre pronostic ; ici peut survenir la guérison de l'état d'angoisse. Parmi nos cas il y en avait 5 (toutes femmes) de mélancolie hystérique. Nous ne rapportons pas au groupe de la mélancolie hystérique les cas où la mélancolie est accompagnée par de légers phénomènes hystériformes et les cas où dans l'anamnèse étaient seulement notés quelques phénomènes hystériques, mais ces cas ne sont pas aussi fréquents (7 cas) et tous ils appartiennent aux femmes ; nous les excluons pour cela du groupe de mélancolies hystériques, parce qu'on ne peut pas prouver au juste qu'il y avait dans ces cas la dégénérescence hystérique stable, une constitution hystérique.

En étudiant avec soin nos observations, dont la plus grande partie était composée de cas de la consultation externe, il est bien naturel que nous n'ayons pas pu tirer de conclusions définies relativement aux issues de la mélancolie et d'autant moins nous avons pu présenter ces résultats en chiffres quelconques. Nous nous permettons seulement de confirmer ici encore une fois l'opinion, déjà généralement connue, que la grande

majorité des accès mélancoliques se termine d'une manière favorable, c'est-à-dire par la guérison. Nous nous arrêterons encore sur une question qui, d'après notre avis, a une grande signification théorique. Déjà notre observation actuelle nous permet d'avouer notre point de vue, que nous espérons avec le temps développer d'une manière encore plus détaillée, à savoir que la démence précoce, d'un côté, et la folie périodique, d'un autre, ne présentent pas de groupes morbides si séparés l'un de l'autre comme désire le prouver l'école de Kraepelin (1), qu'au contraire, entre l'une et l'autre forme, doivent absolument exister et existent des formes intermédiaires et transitoires ; notre expérience actuelle nous donne sous ce rapport les indications suivantes : dans trois cas de mélancolie récidivante, nous avons trouvé des indications très déterminées sur cela, qu'après le premier accès de la maladie resta un certain défaut, le rétrécissement de la compréhension, un certain affaiblissement de la mémoire et de la combinaison, visibles non seulement pour un médecin aliéniste, mais même pour l'entourage. Outre ces trois cas, parmi notre matériel, il y en avait un où le troisième accès de mélancolie se termina par une démence complète ; dans ce cas, entre le premier et le deuxième accès, il y avait un intervalle de quatorze ans ; entre le deuxième et le troisième accès, sept ans. Ce cas nous paraît si intéressant que nous allons le décrire *in extenso*.

Le malade A. Ch..., âgé de quarante-huit ans, commis de commerce, entra à la Clinique psychiatrique le 18 décembre 1895. Son père, mort déjà vieux, buvait dans sa jeunesse ; la

---

(1) L'école de Kraepelin tâche même de prouver par des données statistiques que la démence précoce et la folie maniaco-dépressive s'excluent l'une l'autre dans la transmission héréditaire. (Forster. Ueber die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Classification. *Monatsschrift für Psychiatrie*, 1901.)

mère succomba à la suite de tuberculose, ainsi que la grand'mère maternelle; le frère du malade (d'une autre mère) buvait beaucoup. Le malade, lui-même, prenait du vin, pas toujours également, mais, en somme, avant il buvait plus que les dernières années. Il était toujours nerveux, impressionnable, susceptible, craignait constamment que quelqu'un ne pense mal de lui; il était gai, vif, aimait à causer et à badiner et avait la réputation d'un causeur très intéressant. Tous les changements qui s'opéraient dans sa vie personnelle influaient beaucoup sur lui. Il y a vingt-deux ans de cela, le malade se maria; bientôt après la noce, il commença à se sentir mal, apparut un état d'angoisse, le malade disait pourquoi il s'était marié, craignait de mourir bientôt de phtisie, trouvait chez lui-même d'autres maladies encore. Cet état d'angoisse et d'inquiétude pour sa santé dura chez lui plus d'un an. Il y a sept ans de cela, après un désagrément dans le service, le malade commença à s'agiter, se démenait, se refusait de la place qu'il occupait; mais, une semaine passée, il se calma. Ces trois dernières années, les divers désagréments du service agitaient le malade; ces derniers temps, il n'était plus si gai comme avant. L'état d'inquiétude se manifesta en forme plus marquée et plus accentuée au mois d'avril 1895; le malade, à cette époque, devint anxieux, inquiet, pensif, éprouvait un mécontentement de la nouvelle place qu'il venait de prendre. Etant entré dans une maison de santé, le malade, sur sa prière, fut bientôt repris à la maison par ses parents. Trois fois après, le malade venait à la Clinique avec l'intention d'y entrer, mais il ne se décidait pas à y rester.

*État présent.* — Le malade est agité; il hésite s'il doit entrer à la Clinique ou non; il marche beaucoup, dit qu'il est ruiné, qu'il n'a pas de quoi entretenir sa famille; parfois, marchant très vite, il parle avec lui-même, tantôt avec haine contre soi-même, tantôt avec désespoir; le malade est inquiet, il passe d'une place à l'autre, raconte avec émotion qu'il est perdu, que son état est sans issue, que sa famille est en péril; il prie instamment de le laisser partir de la Clinique à la maison. Le malade resta à la Clinique jusqu'au 4 décembre 1895. Actuellement, il se trouve dans un asile psychiatrique et présente des phénomènes de la démence profonde.



## CONCLUSIONS

1° La mélancolie, comme toute psychose aiguë, peut donner des récidives, qui peuvent apparaître tantôt après des intervalles de temps comparativement courts, tantôt après de longs intervalles de temps ;

2° Actuellement, il n'y a point de données suffisantes pour élever de certains cas de maladie récidivante en une entité morbide, connue sous le nom de *la psychose périodique*, parce que les cas de *la mélancolie périodique* coïncident parfaitement avec les cas de mélancolie récidivante aux accès fréquents de maladie ;

3° Dans certains cas de mélancolie récidivante, après l'un des accès de maladie, peut survenir un affaiblissement des facultés intellectuelles et même une démence profonde, ce qui ne doit pas pourtant exclure le diagnostic de mélancolie récidivante et ce qui indique la possibilité de l'existence de cas transitoires entre l'énorme groupe de la *démence précoce* et de psychoses récidivantes ;

4° Dans quelques cas, la mélancolie se développe sur un terrain constitutionnel (état raisonnant, déséquilibre psychique très accentué, constitution hystérique, constitution des obsessions morbides), sur un terrain d'alcoolisme chronique, sur un terrain de lésion organique du cerveau ; dans ces cas, la mélancolie, se combinant avec le terrain avec lequel elle se rencontre, prend une coloration particulière et permet de tirer du groupe de la mélancolie, outre la mélancolie idiopathique essentielle, aussi d'autres types de mélancolie (les mélancolies raisonnante dégénérative, avec idées obsédantes, hystérique, alcoolique, organique) ;

5° L'état mélancolique, apparaissant comme l'une

des phases de la psychose circulaire, dans le propre sens de ce mot, c'est-à-dire ayant dans son cours tour à tour tantôt des accès mélancoliques, tantôt des accès maniaques, ne se rapporte pas au groupe de la mélancolie, comme psychose aiguë, donnant des récurrences, puisque la psychose circulaire est, d'après notre avis, une maladie peut-être d'une tout autre origine que les psychoses récidivantes aiguës, en général, et la mélancolie récidivante en particulier.

---

---

# Établissements d'aliénés.

---

## SUR L'AUTONOMIE

### D'UN ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS

**Par le Dr DUMAZ**

Médecin directeur de l'asile de Bassens (Savoie).

---

L'asile public autonome dont nous voulons tracer l'historique est celui de Bassens, près Chambéry (Savoie).

La Savoie, française par sa configuration géographique, sa population, sa langue et ses mœurs, fut plusieurs fois annexée à la France : d'abord sous François I<sup>er</sup> et Henri II (de 1536 à 1559), puis sous Henri IV, Louis XIII, deux fois sous Louis XIV, sous Louis XV ; en 1792, elle se réunit volontairement à la France par le suffrage universel. Les traités de 1815 la rendirent au roi de Sardaigne.

Enfin, en 1860, un vote populaire la réunit définitivement à la France. La guerre de 1859 restituait à celle-ci sa frontière naturelle du Sud-Est.

On est étonné que la politique française d'Henri IV, Richelieu, Louis XIV, n'ait pas préféré la frontière naturelle des Alpes à la possession du Milanais, et qu'elle recherchait des sujets de langue italienne de préférence à des populations parlant français. Sans cette faute politique, la Savoie aurait fait retour à la mère-

patrie trois siècles plus tôt, au lieu d'avoir été la dernière à se réunir à la famille gallo-celtique.

Cette circonstance a influé sur la nature de son asile d'aliénés.

En 1753, des bienfaiteurs fondèrent à Chambéry un hospice pour les incurables, auquel en 1777 fut annexé un quartier pour les aliénés. Le service médical de celui-ci fut confié au D<sup>r</sup> Daquin, qui écrivit en 1791 son livre sur la *Philosophie de la Folie*, dans lequel il demandait que les déments fussent traités avec douceur et non avec des entraves.

Ce quartier d'hospice devint insuffisant.

En 1827, toutes les institutions de bienfaisance de la province ou duché de Savoie étaient administrées et surveillées par une Commission appelée Conseil général de Charité. Celui-ci acheta une ancienne abbaye de Clarisses, située au Beton-Bettonnet, commune distante de 35 kilomètres de Chambéry, pour y installer les aliénés, acquisition favorisée par la libéralité du général comte de Boigne. Le donateur versait 400.000 francs, dont 100.000 francs pour l'acquisition du domaine, et 300.000 francs pour constituer une rente de 15.000 francs réservée à l'entretien des aliénés indigents de la province de Savoie (les deux départements actuels).

Le monastère acquis pour le prix de 140.000 francs, comprenait des bâtiments et 70 hectares de terre cultivable. Après appropriation des locaux, les malades des deux sexes, au nombre de quarante-trois, entrèrent le 1<sup>er</sup> janvier 1831.

On en occupa le plus possible aux travaux des champs, à la lingerie, la buanderie, la cuisine. L'institution nouvelle avait, à l'état rudimentaire, les organes d'un asile d'aliénés; mais c'était surtout une colonie agricole.

L'administration était confiée à un Conseil qui surveillait, dirigeait, gérât, — bien qu'il tint sa séance à

Chambéry — et s'occupait de tout, même de l'admission et de la sortie des malades. Le receveur, résidant à Chambéry, tenait les comptes moyennant 400 francs de traitement annuel. Un médecin établi dans la localité recevait 2.000 francs par an pour une visite quotidienne. L'aumônier était en même temps secrétaire et économiste. Des infirmiers et des religieuses, sœurs de charité, gardaient et soignaient les malades.

Ceux ci étaient pensionnaires ou indigents.

En 1852, vingt ans après sa création, le nombre des places de l'asile du Beton-Bettonnet ne dépassait pas cent soixante, dont cent quarante-neuf pour les malades placés d'office. Leur admission se subordonnait aux vacances. Il y avait naturellement plus de demandes d'admission que de places. On prenait rang d'inscription en attendant la sortie ou le décès d'un interné.

Vers cette époque le prix de la pension d'office était de 0 fr. 60; et le prix de la pension volontaire 225 francs plus un trousseau de 50 francs.

Cet asile était prospère; il y avait parfois des bonis annuels de 40.000 francs. Il serait devenu riche. La malaria l'a ruiné.

Le pays, salubre au moment de l'acquisition, devint fiévreux par suite de l'endiguement de l'Arc, affluent de l'Isère; il en résulta une stagnation des eaux de la petite vallée où est situé Beton-Bettonnet.

Dès 1834, la fièvre intermittente obligea le Conseil général de Charité à songer au transfert. Les décès s'élevaient à 15 p. 100.

A cette époque, l'État sarde fit faire le recensement des aliénés dans toutes les communes du Duché de Savoie. Il imposa au Conseil de Charité l'obligation : 1° de construire le nouvel asile à proximité de Chambéry; 2° de lui donner une dimension suffisante pour recevoir au moins trois cents aliénés.

Le Conseil général de Charité décida que l'asile serait à Bassens, soit à un kilomètre et demi de Chambéry.

En 1852, l'administration de l'asile du Beton-Bettonnet fit l'inventaire de ses avoirs pour établir les ressources disponibles à affecter à la construction du nouvel établissement à Bassens. Il y avait 562.000 francs en capitaux mobiliers, plus le domaine du Beton-Bettonnet qu'on espérait revendre 200.000 francs.

Ainsi, sans le fléau palustre, cet établissement aurait pu s'agrandir tout en conservant ses capitaux; et aujourd'hui le prix de journée, payé par les deux départements de la Savoie pour ses aliénés placés d'office, serait peu élevé.

Otre ce transfert à Bassens qui obligeait d'affecter 560.000 francs à l'achat d'un terrain et à la construction de nombreux bâtiments, le choix de l'emplacement à Bassens était regrettable parce qu'il était dépourvu d'eau potable et de force motrice utilisable.

Pour l'édification de l'asile de Bassens, on consulta Parchappe, Voisin, Ferrus et Falret; et on adopta le plan des pavillons séparés disposés autour d'un bâtiment central réservé à la direction, aux bureaux, au logement du personnel, aux magasins et à la cuisine. Le projet avait été dressé pour 374 malades.

On acquit un terrain de 10 hectares pour le prix de 138.000 francs — ce qui était très cher, l'hectare valant actuellement 5.000 à 6.000 francs — la dépense des constructions s'élevait à 472.000 francs.

Celles-ci furent achevées en automne 1858, et purent recevoir les malades le 1<sup>er</sup> novembre.

L'asile nouveau manquait encore de beaucoup de ses organes indispensables : bains, cellules pour agités, chapelle, buanderie et lavoir, ateliers. Et la caisse était vide. Obligé de faire face à des dépenses considérables pour construire en prévision de trois cent soixante-qua-

torze malades des deux sexes, le conseil d'administration se trouva en présence bientôt d'un déficit énorme, et il ne lui restait que la vente du domaine de l'ancien asile pour se procurer des ressources. Il sollicita de l'État Sarde un secours, en alléguant que le prix de journée de 0.fr. 60 payé jusqu'alors pour les aliénés placés d'office était insuffisant. L'État Sarde préparait la guerre de l'indépendance italienne et n'avait pas d'argent pour les fous.

Après la guerre 1859, la Savoie redevint française en 1860 ; heureusement pour l'asile, l'occasion du voyage de Napoléon III en Savoie fut une circonstance favorable pour obtenir un subside de 400.000 francs et un décret d'utilité publique.

Cet exposé montre le droit de l'asile de Bassens à posséder la personnalité civile, son droit à l'autonomie et à l'indépendance financière.

Mais ce droit fut méconnu de 1860 à 1867.

Le Préfet qui avait organisé en Savoie la législation française, après l'annexion, avait octroyé à l'asile de Bassens la qualité d'asile départemental. En créant une Caisse de retraite pour les fonctionnaires du département, il y avait inscrit le personnel de l'asile : directeur-médecin, receveur, économe, aumônier, secrétaire, surveillant en chef, commis de l'économat, dépensier.

En 1867, à propos d'un procès avec un entrepreneur de travaux à l'asile, — que l'administration des domaines avait fait assigner pour exiger les droits proportionnels, sous prétexte que l'établissement était départemental, — le ministère donna raison au Directeur des domaines et reconnut que l'asile avait droit à l'autonomie.

Néanmoins le Conseil général du département continuait à considérer l'asile comme sa chose.

En 1874, la commission de surveillance de l'asile

désirait acheter un domaine de 32 hectares séparé de l'établissement par un chemin, pour le double motif d'acquérir une source d'eau potable et de faire une colonie agricole pour ses travailleurs ; mais les ressources manquaient. Le Préfet fit la proposition au Conseil général d'élever le prix de journée pour gager un emprunt que l'asile ferait au Crédit Foncier. Ce qui fut voté par l'assemblée départementale.

D'autre part celle-ci ne votait pas le budget de l'asile, mais seulement les frais d'entretien des malades placés d'office, augmentant ou diminuant le prix de journée à son gré.

En 1884, le directeur-médecin et le receveur-économe furent mis à la retraite. Ayant constamment versé à la Caisse des retraites départementales depuis sa création, celle-ci devait la leur servir. Le Conseil général exigea que le Préfet l'imposerait à la Caisse de l'asile. Sur refus de ce dernier, le Préfet prit un arrêté pour inscrire la dépense au budget de l'établissement.

La Commission de surveillance eut recours au Conseil d'État qui débouta le département de ses prétentions, annula l'arrêté préfectoral et reconnut l'autonomie à l'asile. Le département dut rembourser les annuités versées par l'asile au directeur-médecin et au receveur économe..

Depuis lors le département a exclu de sa Caisse des retraites le personnel de l'asile de Bassens.

La situation respective de l'asile et du département de la Savoie continuait à rester assez imprécise.

Chaque année, à la session d'août, le Conseil général votait les fonds pour l'entretien de ses malades, et quand il constatait dans les comptes de l'établissement quelques milliers de francs de boni en fin d'exercice, il cherchait à réduire le prix de journée d'un centime ou deux. C'est ainsi que ce prix descendit de 1 fr. à 0 fr. 98.



L'asile avait besoin d'améliorer son service d'eau ; il demanda le relèvement de ce chiffre. Le Conseil général refusa en déclarant que l'établissement n'avait qu'à emprunter pour faire face à ses constructions.

L'asile emprunta au Crédit Foncier en demandant au département de garantir cet emprunt. Celui-ci refusa.

Ainsi la situation était désavantageuse. Le département voulait profiter des bénéfices réalisés par l'asile sur ses pensionnaires au compte des familles, sur ses propriétés mobilières et immobilières, pour abaisser son prix de journée et ne supporter aucune des charges ni dépenses d'amélioration.

Ce qui devint intolérable, ce furent les critiques, à chaque session d'août, contre l'administration de l'asile. Le département n'était pas loin de se croire lésé, alors que c'était l'asile en réalité qu'on dépouillait de ses gains licites.

Il fallait une solution.

L'asile fit examiner par un avocat au Conseil d'État, la situation de l'établissement vis-à-vis du département, et le droit du Préfet à fixer le prix de journée par un arrêté pour inscrire d'office ce prix au budget.

Le Conseil de l'asile répondit :

Si le Préfet a le droit de régler le budget de l'asile en vertu du décret du 25 mars 1852, il n'a pas celui d'imposer à l'établissement des charges autres que celles qui découlent de la loi ou de conventions régulièrement conclues. Or, il n'existe, dans le cas particulier, ni disposition de loi, ni convention. Le seul texte où il est question du prix de pension de l'aliéné est l'article 46 n° 17 de la loi du 10 août 1871, et ce texte prévoit seulement l'approbation par le Conseil général des traités passés avec les asiles publics ou privés pour le placement des aliénés ; ce qui implique que le prix de journée ne peut résulter que d'une convention. Il s'en-

suit qu'à défaut de convention l'inscription d'office manque de base légale.

L'asile a pu accepter, pour le passé, les prix inscrits annuellement à son budget par le Préfet ; il n'est pas lié pour l'avenir, et peut, en faisant tomber l'inscription, obliger le département à conclure avec lui une convention pour la fixation du prix de journée.

Fort de cette consultation, l'asile donna à entendre que la fixation du prix de journée devait faire l'objet d'une convention à passer, ou bien que l'arrêté préfectoral, qui réglerait ce prix sans accord préalable, serait déféré au Conseil d'État pour en obtenir l'annulation. En même temps il adressait au ministre un mémoire pour exposer que depuis l'annexion de 1860, le département avait fait abus du droit du plus fort, vis-à-vis de l'établissement qui s'appartient, ainsi que MM. les Inspecteurs généraux l'avaient déjà constaté en 1874, dans leur rapport, à la page 492.

Tout d'abord le ministère exigea du département l'augmentation du prix de journée, et ensuite l'engagea à souscrire un accord pour fixer les bases de l'entretien des aliénés placés d'office.

Cet accord va enfin être signé. Il reconnaît l'indépendance de l'asile de Bassens en matière financière vis-à-vis des deux départements de la Savoie, et fixe que le prix de journée, pour les malades placés d'office, sera réglé d'après les dépenses ordinaires. L'asile pourra accumuler ses bonis annuels jusqu'à 200.000 francs avant que les départements puissent exiger une diminution proportionnelle de ce prix.

Que cet exposé soit utile aux autres asiles autonomes de France.

---

---

## Revue critique

---

# HYPNOTISME ET SUGGESTION

Par le Dr A. CULLERRE

---

Nous nous proposons de rendre compte ici de quelques livres récemment parus sur l'hypnotisme et la suggestion (1). Aussi bien, la période héroïque de l'hypnotisme paraissant désormais close et les luttes épiques auxquelles se sont livrées pendant dix ans les écoles rivales ayant pris fin, le moment paraît favorable à l'établissement du bilan de nos connaissances sur cette délicate matière.

Le professeur Bernheim, de Nancy, vient de donner une deuxième édition revue, corrigée et augmentée du livre : *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, dans lequel, il y a treize ans, il avait condensé la matière de ses expériences et l'ensemble de ses idées doctrinales sur l'hypnotisme et la suggestion. Or, ce livre se recommande principalement par ce fait que les opinions de l'Ecole de Nancy, dans ce qu'elles ont d'essentiel,

---

(1) Pr Bernheim. *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie*, considérations nouvelles sur l'hystérie. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. (1 vol. in-8° de 690 p. Paris, Octave Doin, 1903).

Pr Grasset. *L'hypnotisme et la suggestion* (1 vol. in-12 de 534 p. de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, éditeur, 1903).

Dr Adolphe Bain. *De l'auto-représentation chez les hystériques*. (1 vol. in-12 de 156 p. Paris, Vigot frères, éditeurs, 1903).

Dr L. Lefèvre. *Les phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion, précédés d'un essai sur la psychologie physiologique*. (1 vol. in-8° de 291 p. Bruxelles, Henri Lamartin, éditeur 1903).

sont à peu près universellement acceptées aujourd'hui par le monde savant de tous les pays. Nous allons chercher à en résumer la doctrine.

La suggestion, c'est, *dans le sens le plus large*, « l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui ».

Pour qu'il y ait suggestion, il faut que l'idée soit *acceptée* par le cerveau, c'est-à-dire il faut que le sujet *croie*. Or la *crédibilité* est une disposition inhérente à l'esprit humain.

Les sens, et surtout l'ouïe et la vue, sont les portes d'entrée de nos idées : chacun d'eux envoie au sensorium des impressions qui, élaborées par les centres psychiques, deviennent idées et constituent dès lors des suggestions. Par l'oreille pénètrent dans le cerveau les paroles persuasives qui font le succès des prédicateurs, des avocats, des séducteurs, des hommes d'Etat, des agents politiques. Par la vue entrent les images qui éveillent les désirs ou suscitent l'imitation. On sait du reste quel rôle important joue cette dernière dans la pathologie du système nerveux. Le sens olfactif, le goût, le tact nous inspirent à tour de rôle des suggestions attractives ou répulsives, l'appétit, la nausée, l'affection, l'amour.

Ces idées nées de nos sensations internes et profondes, viscérales et musculaires, sont le point de départ des suggestions malades dont s'alimente l'hypocondrie. Il s'agit alors d'auto-suggestion, c'est-à-dire de suggestion née spontanément chez une personne en dehors de toute influence étrangère appréciable.

La suggestion est *directe* quand le cerveau qui reçoit l'idée se borne à l'accepter. Elle est, au contraire, *indirecte*, quand l'idée est créée par le cerveau à la suite de l'impression reçue. Dans la suggestion indirecte intervient le rôle individuel de chaque cerveau, qui selon ses qualités natives, ses modalités héréditaires, ses aptitudes acquises par l'éducation, l'imitation, les suggestions antérieures, réagira à sa manière, transformant en idées diverses la même impression perçue.

Ainsi, la suggestion n'est pas un fait purement passif ; l'impression reçue par le cerveau ne s'y dépose pas seulement, elle est transformée et élaborée par lui.  
« L'impression, c'est le germe ; l'élaboration de cette

impression c'est le *terrain psychique* qui la féconde. Et de même que chaque terrain ne mûrit pas également tous les germes, de même chaque cerveau n'élabore que les germes adaptés à sa constitution. »

De cette doctrine, selon l'auteur, découlent des conséquences d'une importance capitale au point de vue de la pédagogie et de l'éducation, conséquences malheureusement méconnues. Combien d'intelligences bien douées à certains points de vue qui avortent ou s'atrophient sous la discipline inintelligente qui voulant les couler toutes dans le même moule, ignore la diversité des aptitudes et les incompatibilités mentales qui en résultent.

De cette même doctrine découle encore cette conséquence : *La suggestion joue un rôle dans tous les crimes.* Chez certains criminels la suggestibilité s'allie à une grande faiblesse du sens moral comme dans les exemples de Gabrielle Fenayrou, Gabrielle Bompard, Jane Weiss, etc. Cependant tous les criminels ne sont pas des amoraux et la suggestion n'implique pas toujours un suggestionneur ; les passions violentes suffisent à modifier le sens moral et à créer un état d'auto-suggestibilité favorable à la conception et à l'exécution des crimes. « D'où que vienne l'idée, certains cerveaux ne peuvent résister à son empire. »

Mais la suggestion est faite : l'impression est devenue idée, l'idée est acceptée par le cerveau. A ce phénomène centripète va succéder un phénomène centrifuge consécutif à la suggestion : *Toute idée suggérée et acceptée tend à se faire acte*, c'est-à-dire sensation, image, mouvement. Ainsi :

1° *L'idée devient sensation*, c'est-à-dire image tactile, olfactive, gustative, auditive, ou visuelle. Que de sensations illusoire et erronées d'origine psychique à l'état normal ;

2° *L'idée devient sensation viscérale*. L'idée de vomitif, par exemple, suffit dans certains cas pour déterminer une sensation de nausée et l'acte du vomissement corrélatif ;

3° *L'idée devient mouvement*. L'idée d'une puce incite à se gratter ; un air gai et rythmé donne envie de danser. Certaines personnes, en pensant fortement à un acte, ne peuvent se retenir d'ébaucher les mouvements

qui tendent à la réalisation de cet acte ; le cumberlandisme, la baguette divinatoire, les tables tournantes, sont basées sur ce principe ;

4° *L'idée devient émotion*. Le rire est contagieux, la tristesse se gagne, la vue d'un drame passionnel, réel ou simulé, évoque chez le spectateur toutes les passions qui s'y déroulent.

Mais l'idée ne devient pas seulement acte positif ; elle peut neutraliser, arrêter un acte, empêcher une sensation d'aboutir au sensorium, devenir, en un mot, *acte négatif* ; par exemple :

1° *L'idée neutralise un mouvement*. C'est le cas des paralysies psychiques ;

2° *L'idée neutralise une sensation*, comme chez les martyrs, chez les individus soumis autrefois à la torture ;

3° *L'idée neutralise une sensation viscérale*. Chez ceux dont on a noué l'aiguillette, les impuissants par émotivité ; chez les jeûneurs volontaires qui résistent, parce que, chez eux, l'idée neutralise la sensation de la faim. La faim, on le sait, est une névrose qui est indépendante de l'inanition et qui tue bien avant qu'elle se produisent les effets de cette dernière ;

4° *L'idée neutralise une émotion*. L'éducation par exemple apprend à dominer la peur, la colère, les impulsions violentes de l'instinct.

Telle est, sommairement résumée, la théorie de la suggestion développée par M. Bernheim. Maintenant, puisque l'idée tend à devenir acte, puisqu'elle peut devenir sensation, image, mouvement, il est naturel d'appliquer cette puissance psycho-physiologique de l'organisme à la *thérapeutique*.

Tous les organes, toutes les fonctions sont commandées par le système nerveux. Chaque point de l'organisme a son aboutissant dans une cellule cérébrale. En tant qu'organe de la psychicité, le cerveau intervient partout. La motricité, la sensibilité, a ses centres corticaux ; la sécrétion, les excrétions, la nutrition, la respiration, la circulation, sont sous la dépendance directe du centre encéphalique et la tonalité de ce dernier retentit sur toutes ces fonctions, soit pour les régulariser, soit pour les pervertir ; c'est l'action bien connue du moral

sur le physique, de l'esprit sur le corps. S'il existe une psycho-biologie, il doit nécessairement exister une psycho-thérapeutique. « La thérapeutique suggestive est donc basée sur cette propriété qu'a le cerveau, en tant qu'organe psychique, de chercher à réaliser les idées acceptées par lui. »

Ici, nous abordons le côté pratique du problème. Il n'y a suggestion que si le cerveau accepte l'idée et *peut* la réaliser. Or, dans l'état normal, « toute idée n'est pas acceptée et toute idée, même acceptée, même réalisable, n'est pas réalisée », car la crédibilité de l'esprit humain est limitée et ne suffit pas, chez la plupart, à faire la suggestion ni à la réaliser. Cette crédibilité, cet automatisme cérébral, sont modérés par les facultés supérieures du cerveau, l'attention et le jugement. Tout ce qui diminue ou supprime l'exercice de ces dernières facultés, c'est-à-dire le contrôle cérébral, renforce et exalte les premières. Ainsi agit la foi qui soulève les montagnes, fait les miracles, détermine des milliers de guérisons ; c'est la *suggestion religieuse*. Ainsi agissent nombre de médications anodines ou inertes : c'est la *suggestion médicamenteuse*. Ainsi agissent encore, dans nombre de cas, certaines médications mécaniques ou instrumentales (méthallothérapie, magnétothérapie, et dans certains cas seulement, électrothérapie, hydrothérapie, massage). Ainsi enfin, agissent les pratiques diverses connues sous le nom d'*hypnotisme*.

Qu'est-ce donc que l'hypnotisme ? Comme la suggestion, l'hypnotisme est vieux comme le monde ; mais il n'est sorti du domaine du merveilleux qu'à une époque assez récente, avec l'abbé Faria, Braid et le D<sup>r</sup> Liébaux. A l'exemple de Braid, tout le monde définit l'hypnotisme « un sommeil artificiel, nerveux ou provoqué ». Or, cette définition n'est pas assez compréhensive. Parmi les sujets influencés, les uns dorment (ou paraissent dormir), les autres éprouvent une certaine somnolence, d'autres ne dorment pas du tout.

Il y a plus ; voici un individu que je plonge par suggestion dans le sommeil profond. Je lui suggère alors de la catalepsie, des mouvements involontaires, des hallucinations, etc. Au réveil il a tout oublié. Je reprends ce même sujet, je ne l'endors plus, je l'influence

par une suggestion d'ordre différent; je lui dis, par exemple : « Vous êtes sous mon influence, tout ce que je vais dire va se produire, et cependant vous ne dormez pas. » Cela posé, je reproduis toutes les expériences précédentes et il en conserve complètement le souvenir quand tout est fini. Il n'était donc pas hypnotisé? Il l'était, mais l'idée du sommeil n'est pas nécessaire pour qu'il y ait influence : il y a influence sans sommeil. Le sommeil n'est donc qu'un phénomène de suggestion; les phénomènes dits hypnotiques ne sont en réalité que des phénomènes de suggestibilité; il vaudrait mieux supprimer complètement le mot hypnotisme et le remplacer par celui d'*état de suggestion*, car l'*hypnotisme n'existe pas!*

Laissons un instant la parole à l'auteur lui-même : « Ce qu'on appelle hypnotisme, dit-il, n'est autre chose que la mise en activité d'une propriété normale du cerveau, la *suggestibilité*, c'est-à-dire l'aptitude à être influencé par une idée acceptée et à en chercher la réalisation. »

« Il n'y a pas d'hypnotisme : je veux dire qu'il n'y a pas d'état spécial, anormal, antiphysiologique, méritant ce nom; il n'y a que des sujets suggestibles, plus ou moins, auxquels peuvent être suggérés des idées, des émotions, des actes, des hallucinations. Certains états d'âme, susceptibles de se produire spontanément ou d'être provoqués, peuvent exalter cette suggestibilité (1). »

Ainsi la suggestibilité est tout, explique tout, et il n'y a pas autre chose. On est en mesure, maintenant, de saisir pleinement le sens de cette phrase significative que M. Bernheim a mise dans la préface de son ouvrage : « Le lecteur qui lira attentivement ce livre verra comment la doctrine de l'hypnotisme et de la suggestion telle que je l'avais reçue du D<sup>r</sup> Liébault en 1883 a été rapidement confirmée, mais progressivement mûrie, amplifiée et en même temps *simplifiée* dans mon esprit par vingt années d'observations. »

La suggestibilité, avons-nous dit, explique tout. Elle

---

(1) Toutefois, bien qu'il ne s'en serve pas, M. Bernheim admet que les pratiques hypnotiques peuvent être utiles chez certains sujets pour faciliter ou augmenter leur suggestibilité.



donne, en particulier, la clef de l'hystérie. L'hystérie n'est qu'un état particulier de suggestibilité : elle n'existe pas par elle-même, elle est le résultat d'une série de réactions psycho-physiologiques. Nous sommes tous hystériques dans une certaine mesure ; à la suite d'une émotion subite, d'un ébranlement nerveux, nous subissons tous, suivant nos dispositions, des réactions nerveuses rapides qui rappellent de loin les manifestations hystériques, constriction épigastrique, oppression, battements de cœur, stupeur, paralysie, douleurs, etc. Tous ces appareils symptomatiques, que nous sommes tous susceptibles de manifester à certains moments et à des degrés divers, « se développent chez certains plus fréquemment, avec plus de durée et d'éclat ; ce sont les hystériques ». Un hystérique est donc un individu qui a un appareil hystérogène très développé et facile à émouvoir. Et comme l'hystérique est un être éminemment suggestible, l'auto-suggestion et les suggestions de l'entourage interviennent dans toutes ses manifestations. Conséquence : l'hystérie telle qu'elle est décrite par l'Ecole de la Salpêtrière est une hystérie de culture ; et notamment les phases classiques de la crise n'existent pas.

Telle est sommairement résumée, la doctrine développée dans le livre de M. Bernheim. Contrairement à cette vaste synthèse, si vaste que tout paraît s'y évaporer et qu'une question qu'on eût voulu maintenir sur le terrain exclusivement scientifique et médical se transforme insensiblement en un vaste problème de philosophie et de morale, le professeur Grasset, dans son livre récent *Hypnotisme et Suggestion*, tout en acceptant le point de départ de M. Bernheim, à savoir, que ce qui caractérise l'hypnose c'est uniquement *l'état de suggestibilité*, essaie de regagner la terre ferme et de conserver à cet état une caractéristique précise et suffisamment délimitée.

Pour lui, *il y a un hypnotisme*. L'hypnose n'est pas le sommeil naturel ; elle a ses caractères psychologiques propres et certains symptômes indépendants de toute suggestion. La suggestion vraie fait l'irresponsabilité du sujet ; tandis que bien d'autres états psychiques,

mobiles d'acte, quoique voisins, peuvent expliquer cet acte, mais non l'excuser. Entre l'hypnose vraie et nombre d'états où la suggestion prise dans son sens général et philosophique semble intervenir, il peut y avoir, il y a des analogies, mais il n'y a pas identité.

Et pour le prouver, M. Grasset fait appel à sa théorie du *polygone cortical* ou psychisme inférieur. A l'étage supérieur des fonctions psychiques existe un centre psychique supérieur (le centre O) formé d'un grand nombre de neurones distincts : c'est le centre du moi personnel, conscient, libre et responsable.

Au dessous est le *polygone* formé par les centres automatiques supérieurs (centres sensoriels de réception; centres moteurs de transmission). Ces centres, tous situés dans la substance grise des circonvolutions, sont reliés entre eux de toutes manières, reliés à la périphérie et reliés enfin au centre supérieur O. Les actes automatiques accomplis par le polygone peuvent être conscients ou non. Ils seront conscients s'ils sont communiqués au centre O, siège de la conscience personnelle, et inconscients dans le cas contraire. La conscience n'est donc pas essentielle aux actes polygonaux, ce qui n'empêche pas ces actes d'être des actes psychiques puisqu'il y a mémoire et intellectualité dans leur fonctionnement.

L'activité polygonale isolée est plus ou moins complètement réalisée, à l'état physiologique, dans la *distraction* et le *sommeil*. Elle l'est encore dans le cas des tables tournantes, de la baguette divinatoire, du *cumberlandisme*, du *spiritisme*. A l'état pathologique, elle existe dans les maladies mentales, le *somnambulisme*, l'*automatisme ambulatorio*, le *cataplexie*, l'*hystérie*, certains tics. Enfin elle est la condition nécessaire et suffisante de l'état de suggestibilité.

L'état de suggestibilité « est un *polygone émancipé de son centre O qui obéit au centre O de l'hypnotiseur* ». Il ne faut donc pas dire avec M. Bernheim que la *suggestion* est un ordre *accepté* par le sujet. S'il y a *acceptation*, c'est-à-dire intervention du centre O, ce n'est plus une suggestion.

Cette théorie schématique de l'activité des centres nerveux a été fortement combattue, non seulement par

les philosophes, mais encore par les physiologistes et des neurologistes de grand poids. Malgré les apparences, elle ne repose en effet sur aucune base anatomique ou physiologique et est du domaine de l'hypothèse pure. M. Grasset, pour la défendre, fait observer qu'elle n'a pas la prétention d'expliquer le fond même des choses. « Mais, ajoute-t-il, elle rapproche dans un même exposé un grand nombre de phénomènes importants. Elle diminue donc le nombre des problèmes obscurs et par la même constitue un progrès. »

En résumé, conclut le professeur de Montpellier, la caractéristique de *l'hypnose* n'est ni dans l'état de la motilité ni dans l'état de la sensibilité, ni dans le degré de profondeur du sommeil, ni dans l'état de la mémoire ou de la conscience — mais uniquement dans l'état de *suggestibilité* qui est lui-même un phénomène morbide ou au moins extra-physiologique. Ce qui caractérise cet état, c'est la désagrégation mentale et l'hyperactivité automatique des centres psychiques inférieurs émancipés du centre supérieur, siège du moi et de la conscience personnelle.

Charcot, on le sait, avait voulu donner à l'hypnotisme des caractères somatiques fixes, non simulables. De là la doctrine des trois états : catalepsie, léthargie, somnambulisme, avec leur symptomatologie particulière. Ces phénomènes somatiques fixes existent positivement chez certains sujets en hypnose, mais dans la très grande majorité des cas, ils font défaut ; Charcot a eu le tort de trop généraliser. Son mérite n'en est pas moins très grand d'avoir eu le courage d'introduire l'hypnotisme dans le domaine scientifique. Et après lui on peut défendre cette idée que tout dans l'hypnose n'est pas d'ordre suggestif. Toutefois, on n'observe de phénomènes somatiques fixes que chez une catégorie de sujets, les hystériques, et alors ces phénomènes dépendent, non de l'hypnose, mais de l'hystérie.

Hypnose et hystérie ne sont donc pas même chose puisque hystériques et hypnotisables ne réalisent pas l'hypnose de la même manière ; ce ne sont donc pas deux formes (l'une provoquée, l'autre spontanée) de la même névrose comme l'ont soutenu certains auteurs.

On voit que M. Grasset est loin d'adopter sur l'hysté-

rie les vues de M. Bernheim qui, dans les manifestations de cette affection, ne veut voir que des phénomènes suggestifs ou auto-suggestifs.

Un autre essai, et plus radical, de transférer du domaine psychologique dans le domaine physiologique le problème de l'hystérie, a été tenté par M. Sollier dans un ouvrage dont nous n'avons pas à rendre compte ici, mais dont nous pouvons, en passant, signaler la réelle originalité. Un jeune confrère, M. Bain, dans sa thèse inaugurale, rejetant bien loin la doctrine de la suggestion et adoptant les idées de M. Sollier, veut que l'hystérie soit une espèce de sommeil, ou plutôt un engourdissement plus ou moins généralisé des centres encéphaliques, dont la ténacité est d'autant plus grande qu'il est plus invétéré. Or, comment faire cesser ce sommeil? En procédant à une série d'excitations d'intensité progressive, comme pour réveiller une personne qui dort du sommeil naturel. « Nous userons, dit l'auteur, de procédés analogues pour secouer le sommeil hystérique, mais en ne perdant pas de vue qu'il est d'autant plus profond qu'il dure depuis plus longtemps et qu'il se rapproche davantage du vigilambulisme typique: avertissements, menaces, d'abord; puis changement de milieu, isolement dans une maison de santé entre les mains d'un médecin ayant l'expérience et l'autorité nécessaires pour se faire entendre, en même temps que les moyens d'excitation propres à amener le réveil: régime et hygiène, gymnastique spéciale, hydrothérapie prudente, électricité, excitations sensorielles, excitations psychiques, psychologiques et morales; suggestion, mais uniquement indirecte, à l'état de veille, ce qui n'est en somme qu'une rééducation morale; hypnotisme très prudent. »

Mais il est des cas qui résistent à cet hypnotisme très prudent et à cette suggestion indirecte.

Dans ces cas l'auteur emploie le procédé suivant: « La malade étant plongée dans l'hypnose ou, ce qui suffit pour l'y plonger, ses yeux étant fermés, on lui dit de faire bien attention, et on lui ordonne de réveiller l'un de ses membres en commençant par l'extrémité digitale. L'ordre est donné sous cette forme: Sentez votre jambe

en commençant par le pied. Si l'on dit : Sentez votre jambe droite ou votre jambe gauche ; la malade, les yeux fermés, est incapable de distinguer sa jambe droite de sa gauche. On est obligé de lui prendre le pied qu'on veut lui faire réveiller, et de lui imprimer des mouvements de flexion et d'extension forcée. La malade les continue elle-même automatiquement, stimulée par les encouragements du médecin. Parfois elle s'arrête, se plaignant de douleurs vives et le médecin est obligé, pour se faire obéir, soit d'imprimer de nouveau quelques mouvements forcés au membre, soit de presser sur les points douloureux. La malade recommence alors à sentir son membre ou son organe, ou plutôt à réveiller sous l'influence de cette gymnastique le centre cérébral de cet organe, jusqu'à ce que celui-ci ait recouvré sa sensibilité normale, ce qu'il est facile de constater.

« La même description et les mêmes manœuvres s'appliquent à la restauration de la sensibilité des autres membres ainsi que des viscères. Un des faits les plus remarquables de ce *travail*, c'est que le sujet peut agir volontairement sur des organes dont le fonctionnement échappe normalement à la volonté : c'est ainsi qu'il peut faire contracter volontairement les fibres musculaires de son estomac, de son intestin, etc. »

Et ce passage, que nous avons tenu à donner dans le texte même de l'auteur, prouve au moins ceci : que les faits sont plus forts que les théories et qu'en fait d'hystérie il est impossible, sans tomber dans les contradictions les plus flagrantes, de prétendre se passer de la suggestion ; car s'il ne s'agit pas de suggestion dans le passage que nous venons de citer, nous sommes obligés d'avouer que nous ne savons plus ce que ce mot veut dire.

Mais le sujet du mémoire de M. Bain est autre, et quoiqu'il s'écarte un peu du plan de cette revue, nous ne pouvons, voulant donner une idée de ce travail, nous dispenser d'en dire quelques mots.

En procédant à la restauration de la sensibilité c'est-à-dire en somme au réveil du cerveau par sa méthode mécano-thérapique, méthode que, de par sa seule appellation, M. Bernheim rangerait, comme nous l'avons vu, au nombre des pratiques suggestives, M. Sollier au

cours de l'hypnose constata que certains sujets avaient conscience des moindres modifications de leur cénesthésie et *percevaient* la forme, les dimensions de leurs organes et quelquefois même la constitution anatomique de ces derniers. Ce fait désigné sous le nom d'*autoscopie* ou d'*auto-représentation*, était connu des anciens magnétiseurs qui avaient signalé la faculté qu'ont certains sujets, dans le sommeil magnétique, de se représenter l'intérieur de leur corps. M. Comar publia en 1901, dans la *Revue neurologique*, les premiers exemples de ce phénomène observé scientifiquement. M. Bain relate ces curieuses observations et en ajoute de nouvelles.

Ces faits d'autoscopie sont assez rares et ne s'observent que chez de grandes hystériques dont le mal est invétéré. Leur réalité admise, quel en est le mécanisme? L'auteur écarte la supercherie, le mensonge hystérique, la suggestion directe, la suggestion indirecte. Il en fait, avec M. Sollier, une sorte de transposition des phénomènes cénesthésiques. Quand les malades distinguent leurs organes internes dans leurs plus petits détails, même histologiques, « il se passe quelque chose d'analogue à ce qui a lieu quand, les yeux fermés, nous explorons par le contact un objet que nous ne connaissons pas. Nous transformons nos sensations tactiles en représentations visuelles, et nous décrivons l'objet d'après cette représentation visuelle. Nos hystériques transforment de même leurs sensations cénesthésiques en représentations visuelles, et même, sans cela, elles ne pourraient les décrire ».

Soit. Pour la macroscopie des organes, l'explication peut être valable; mais cette explication peut-elle convenir aux cas où les malades décrivent l'histologie de leurs tissus, les globules sanguins, les vésicules de Graeff, les cellules cérébrales? Quelle sensation cénesthésique propre, individuelle, peuvent bien produire les millions de neurones de la substance grise?

« L'anatomie normale et pathologique, la symptomatologie des affections de l'encéphale, certaines notions de physiologie normale et pathologique, expose M. le D<sup>r</sup> L. Lefèvre (dans un livre où il étudie à un point de vue psychologique élevé les phénomènes de suggestion

et d'auto-suggestion), nous permettent de formuler l'hypothèse que le cerveau, en tant qu'il préside aux fonctions psychiques, se décompose en deux étages : l'un supérieur, domaine de la conscience, siège des facultés maîtresses, l'autre inférieur qui fonctionne à notre insu, siège de l'automatisme. »

C'est à peu près la théorie de M. Grasset, exposée dans un langage purement psychologique. Mais dans l'interprétation physiologique de cette donnée, les hypothèses de M. Lefèvre dépassent de beaucoup en hardiesse celles de l'éminent professeur de Montpellier. Il ne lui faut pas moins de sept centres distincts pour expliquer le mécanisme des fonctions psychiques, cinq pour l'automatisme et deux pour l'exercice des facultés supérieures et de la conscience.

A part cet appel un peu excessif et tout personnel à la schématisation, aux hypothèses et au langage physiologique, les doctrines de M. Lefèvre ne diffèrent pas sensiblement de celles que défend M. Bernheim lui-même. M. Lefèvre définit la suggestibilité « la faculté naturelle que possède le cerveau d'admettre, sans motif, des idées généralement quelconques, de les assimiler et, éventuellement, de les transformer rapidement en mouvements, en sensations, et réciproquement en actes d'inhibition ». C'est assez dire qu'il accorde à la suggestion un rôle universel et il s'efforce, sans d'ailleurs apporter d'élément nouveau à la solution de ces divers problèmes, de montrer quels rapports intimes elle entretient avec la pathologie, la thérapeutique, la psychologie et enfin la médecine légale.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 27 AVRIL 1903.

Présidence de M. GILBERT BALLET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Comar, Cullerre, Dheur, Philippe, Trenel, Wahl, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Semelaigne, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Localisation cérébrale du nerf pneumogastrique* ;  
par M. Anastas Shunda ;
- 2° *Revue de l'hypnotisme*, numéro d'avril ;
- 3° *Journal la Tempérance*, numéro d'avril.

## *Rapport de candidature.*

M. TOULOUSE. — Vous avez nommé une commission composée de : MM. Klippel, Pactet et Toulouse, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. Henri Piéron, au titre de membre correspondant de notre Société.

M. Henri Piéron est préparateur au Laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes. Licencié ès lettres, il se destine à l'enseignement de la philosophie. Mais, par ses fonctions au Laboratoire de Villejuif, il a été entraîné à faire plusieurs recherches



de psychologie expérimentale chez des aliénés et chez des individus normaux.

Parmi ses déjà nombreuses publications, on peut signaler, comme constituant une œuvre notable, plusieurs mémoires se rapportant au rêve. C'est ainsi qu'il a, en collaboration avec M. Vaschide, recherché les éléments d'appréciation que peut apporter le rêve au diagnostic et au pronostic des maladies. Ces deux auteurs ont publié sur cette question un petit volume très original qui fait partie de la collection des « Actualités médicales » et qui a pour titre : *La Psychologie du Rêve au point de vue médical*. Dans le même ordre d'idées, M. Piéron a étudié le rêve prophétique d'après la psychologie contemporaine, dans l'histoire et chez divers peuples. Toujours avec M. Vaschide, il a apporté une contribution expérimentale et critique à l'étude des phénomènes télépathiques.

Il s'est aussi appliqué à établir des procédés de mesure psychologique, notamment pour l'examen de la mémoire, et il a publié, en collaboration avec moi-même, un article de considérations pouvant servir de règles générales à l'établissement des tests en psychopathologie. Je dois signaler à ce sujet la part importante qu'il a prise, au Laboratoire de psychologie, à la recherche de mesures précises des phénomènes psychiques.

Il serait trop long de reproduire la longue liste des publications faites par M. H. Piéron. Ce que j'ai dit justifiera sans doute auprès de vous les conclusions de ce présent rapport, tendant à vous proposer de nommer M. H. Piéron membre correspondant de la Société.

M. H. Piéron est élu membre correspondant, par 10 voix contre 2 bulletins blancs.

### Le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale,

par M. PRON.

Les organes internes ne méritent pas le mépris que Bichat professait à leur égard, quand ils les qualifiait de brute dynamique. Ils ne représentent pas seulement la

base et la condition de toute existence physique ; ils ont un rôle plus élevé, quoique plus caché, ils interviennent pour une part importante dans l'évolution et la constitution de la vie mentale.

I. — En effet, la vie végétative régit la nutrition des centres nerveux supérieurs, tout aussi bien que celle des muscles ou des os.

Si elle est suffisamment développée, le cerveau du petit enfant, qui, à la naissance, est une table rase apte seulement au devenir, deviendra vite assez robuste pour conserver la plus grande partie des sensations qui lui arrivent du monde extérieur et pour pouvoir répondre à ces sensations.

Si elle est, au contraire, languissante par l'effet d'une faiblesse héréditaire ou d'une maladie intercurrente, l'enfant restera plus longtemps passif, à l'état de petite plante occupée surtout à recevoir des matériaux nutritifs. L'attention, la parole, l'éveil de la vie psychique seront retardés.

Plus tard, l'éducation et l'instruction ne pourront se poursuivre d'une façon normale que si le corps est dans un état de santé satisfaisant. C'est surtout à cette période de l'existence, pendant laquelle le cerveau est obligé d'assimiler une foule de connaissances nouvelles, que le rôle des troubles somatiques est important et remarquable.

L'adolescent ne consolidera les acquisitions passées et ne les augmentera, l'homme adulte ne sera et ne restera normal que si les deux vies sympathique et intellectuelle ont évolué d'une façon parallèle, atteint l'une et l'autre leur complet développement et si elles restent donées toutes deux d'une vitalité suffisante.

II. — La vie de l'esprit est, en effet, répandue dans tout le corps, parce que l'écorce du cerveau est le lien où aboutissent les terminaisons nerveuses de tout l'organisme périphérique et de tous les viscères. Toutes les excitations qui portent sur ces terminaisons nerveuses, tous les moindres mouvements qui s'y passent, parviennent immédiatement à l'encéphale et modifient le dynamisme des cellules cérébrales, c'est-à-dire la mémoire, l'intelligence, la volonté, les sentiments.

A l'état de santé, l'homme ne peut se rendre compte

de ce fait, puisqu'il ignore ses sensations internes, en vertu de leur continuité toujours égale, alors qu'il faut changement d'impression pour qu'il y ait conscience. Tous ses organes dont le fonctionnement s'effectue en silence envoient au moi des impressions agréables, d'où résulte un sentiment de bien-être ; le cerveau est libre d'orienter à son gré son activité.

Mais que quelque dérangement vienne à se produire dans l'un des rouages de la machine humaine, que quelque centre nerveux sympathique vienne à être irrité, l'équilibre qui existait entre le cerveau et les organes est rompu.

En fait, si le trouble viscéral est léger, il peut ne pas avoir d'effet immédiat, appréciable à la conscience ; mais, s'il se prolonge quelque temps ou s'il se répète fréquemment, il acquiert de la force et parvient à vaincre la résistance des cellules psychiques.

S'il survient brusquement et qu'il soit de peu de durée, il jette le désarroi d'une façon momentanée dans l'âme (aphasie transitoire par simple indigestion, chez les enfants. Cas de Hénoc'h, etc...).

Si le trouble fonctionnel, une fois apparu, s'installe à demeure, jusqu'à faire partie intégrante de l'organisme physique, il déterminera de même une modification permanente et pathologique de l'état mental (Psychoses d'origine génitale. — Hypochondrie par ptose rénale. — Transformation du caractère et des goûts, après l'émasculatation, etc.).

Au moment où l'affection somatique chronique augmentera d'intensité et passera à l'état aigu, il y aura délire ou bien perte de connaissance, qui cessera aussitôt la crise physique terminée.

Si la maladie est ancienne, si elle a subi de fréquents paroxysmes et si le sujet qui en est atteint a des cellules cérébrales particulièrement irritables, la raison tout entière, définitivement vaincue par la vie végétative, pourra sombrer à tout jamais.

## Sur un cas de délire de médiumnité.

par MM. GILBERT BALLET et DHEUR.

L'observation que nous communiquons est celle d'un malade que pendant près d'un an nous avons suivi à la Maison de santé d'Ivry.

Cette observation nous a paru intéressante en ce sens que le malade a été en proie à un délire uniquement alimenté par des idées et des manifestations spirites, et que son état mental semble n'être que l'exagération, le grossissement de l'état mental ordinaire du médium.

Le malade est un jeune docteur en médecine qui analyse et décrit admirablement les phénomènes qu'il a éprouvés.

Quand on étudie au point de vue de sa physiologie pathologique l'état mental des médiums, on voit qu'il résulte d'une désagrégation plus ou moins complète de la personnalité avec intervention des phénomènes subconscients et hallucinations consécutives.

Sans entrer dans des développements qu'on trouve dans les divers ouvrages publiés sur la matière, notamment dans ceux de Pierre Janet, de Myers, de Charles Richet, etc., nous rappellerons seulement que le caractère essentiel de cette désagrégation est la formation dans l'esprit de deux groupes de phénomènes, constituant, l'un, la personnalité ordinaire (personnalité consciente), l'autre, une personnalité seconde, complètement ignorée de la première (personnalité subconsciente).

La *personnalité consciente* du médium attribue à un être imaginaire (esprit) les phénomènes qui résultent de l'intervention de sa personnalité seconde qu'il ignore. Si la volonté subconsciente fait mouvoir le pied de la table tournante, c'est l'esprit qui est supposé intervenir; si la main trace des caractères par écriture automatique, c'est encore l'esprit qui agit (médium écrivain); si le sujet éprouve des hallucinations auditives (médium entendant), la part qui revient au subconscient dans ce phénomène est encore et toujours attribuée à l'esprit.

Or, ce qu'on observe couramment chez les simples

médiums, qui sont nombreux, c'est aussi ce que l'on observe, mais considérablement grossi, chez ceux d'entre eux (et ils sont peut-être plus nombreux qu'on ne pense) qui se présentent avec la physionomie de véritables délirants.

Qu'un médium (et c'est le cas du nôtre) ne se contente pas d'entendre la voix d'un esprit, mais qu'il lui obéisse au point de se livrer aux actes les plus ridicules ou les plus dangereux, qu'il prenne, pour obéir à l'ordre donné, pendant des heures, des attitudes singulières, qu'il tente de se jeter par la fenêtre, ou de se couper la gorge, on n'hésite pas à le tenir, et avec raison, pour un « aliéné ».

Cependant il n'y a pas de différence fondamentale entre le trouble mental de cet « aliéné » et celui du médium le plus vulgaire.

C'est ce que démontre, croyons-nous, l'observation qui suit :

M. P... est docteur en médecine, âgé de vingt-huit ans. Nous l'avons eu en traitement à la Maison de santé, à Ivry, du mois de janvier au mois de novembre 1901.

*Antécédents héréditaires.* — Son père était coléreux et autoritaire. Sa mère rhumatisante et nerveuse. Une tante paternelle a été frappée d'amnésie à la suite d'un chagrin. Un de ses frères est très émotif et croit au spiritisme. Un autre frère ainsi qu'une sœur sont morts en bas âge, après avoir été sujets à des convulsions.

*Antécédents personnels.* — On ne note aucune affection grave dans la jeunesse. Elève très intelligent, il commençait sa médecine à seize ans et demi. Bon catholique, il perdit la foi rapidement sous l'influence des doctrines évolutionnistes et matérialistes dont il devint imbu.

Cependant il ne fut jamais un adversaire déclaré de sa religion première.

*Histoire de la maladie.* — C'est environ quatre mois avant son entrée à la Maison de santé qu'il vit pour la première fois une table se mouvoir par l'application des mains et, dès cette première séance, il resta stupéfait du résultat obtenu. Rentré chez lui, il ne put résister au désir immédiat de renouveler l'expérience en compagnie de sa femme et fut aussi charmé qu'étonné d'obtenir, grâce à la typtologie, une communication intelligente avec les esprits.

Quelques jours plus tard, il fut à une réunion spirite, et là il

vit des apports d'objets, des phénomènes de lévitation, des empreintes prises dans le plâtre, une table s'élever à deux mètres de hauteur et retomber couverte d'une brassée de violettes odorantes.

Ses convictions matérialistes déjà ébranlées s'effondrèrent d'un seul coup. Il se mit à étudier les principaux ouvrages spirites, s'enthousiasma pour la doctrine de la réincarnation et voulut, lui aussi, devenir médium écrivain. Il acheta une planchette spéciale pour cet usage, mais n'obtint que de piètres résultats.

Par contre, il entendit bientôt dans sa tête une voix.

Cette voix fut d'abord celle d'un prêtre d'Isis qu'il avait évoqué, puis celle de son père, enfin celle d'une quantité d'esprits différents.

Dès lors, il abandonna la planchette comme inutile, se croyant médium intuitif, semi-mécanique, c'est-à-dire capable de percevoir directement la pensée des esprits et d'écrire sous leur direction.

Bientôt les esprits devinrent pour lui de véritables tyrans, lui donnant des ordres aussi incessants que puérils et qu'il devait exécuter en aveugle.

Il se crut un moment le pouvoir de prédire le présent et l'avenir, fit des progrès considérables en typtologie, chercha à devenir médium musicien et à obtenir les diverses médiumnités.

Un peu de calme était cependant revenu dans son esprit à la suite des excellents conseils d'un de ses amis et confrères, lorsqu'il fut invité à un dîner et, ayant eu occasion de boire un peu plus que de coutume, ses idées reprirent bientôt avec plus de force que jamais. Le soir même de ce dîner, il y eut une discussion très vive sur le spiritisme. Rentré chez lui, la voix lui annonça qu'il était possédé par les esprits infernaux. Une lutte terrible s'engagea entre les bons et les mauvais esprits, les bons esprits lui conseillant de prier, de se pincer la figure, de se donner des coups de couteau, d'enflammer ses vêtements, de se jeter par la fenêtre... et effectivement il chercha à faire et réussit en partie à exécuter ce qui lui était commandé. On fut obligé de le maintenir de force. Cet état dura quatre jours, au bout desquels on se décida à le conduire à la Maison de santé.

La première nuit passée à la Maison de santé est bonne. Aussi, le lendemain, nous le trouvons plus calme ; il est à genoux dans sa chambre et prie avec ferveur, les mains jointes, sur un verre d'eau qu'il veut transformer en or. L'esprit lui a expliqué, en effet, qu'il a été conduit ici pour développer sa médiumnité, afin de convaincre les incrédules par des miracles. Il lui a donné du reste des conseils très précis sur la façon de

procéder pour développer chez lui ses diverses médiumnités, pour obtenir des matérialisations et des apports.

Mais le calme est de peu de durée; bientôt recommencent les tentatives de suicide sous l'influence des voix qui lui reprochent son manque de persévérance et sa lâcheté.

Ce n'est que vers la fin du mois que reparaît le calme, à mesure que les hallucinations deviennent moins fréquentes. Il cause alors volontiers avec nous et, bien que conservant la plus grande partie de ses convictions, il ne se fait nullement prier pour nous donner quelques renseignements et semble même heureux de cette période de repos qui lui permet de discuter son cas.

Parfois, dans nos conversations, le doute semble pénétrer dans son esprit, il nous remercie du soin que nous prenons de le tirer de ses erreurs, mais, dit-il, lorsqu'il entend ses voix, il ne peut s'empêcher d'y croire. Ces voix sont purement intérieures, il ne les a jamais entendues que dans sa tête, bien qu'il reconnaisse très bien les diverses personnes qui lui parlent. Celles-ci sont, du reste, des plus variables.

Pour les personnes qu'il n'avait jamais connues, tels que le Christ et les divers esprits, il y a dans le timbre, le ton et la rapidité d'élocution des différences assez notables pour lui permettre de les distinguer entre elles. Les sujets de conversation tenus par les esprits affectent depuis quelque temps un caractère nettement moralisateur, cherchant de toutes façons à l'améliorer, au point de vue moral, en même temps qu'à développer ses qualités médiumniques.

Les premiers essais comme médium écrivain n'avaient pas donné de résultats appréciables; nous lui demandons des renseignements sur les essais suivants et voici ce qu'il nous répond : « Lorsque j'écrivis pour la seconde fois sous l'influence de l'esprit, je m'étais mis dans la position de l'écriture et j'attendais. Or, le premier mot que j'écrivis, il me sembla tout d'un coup l'entendre dans mon cerveau; il arrivait à la surface de mon entendement, comme malgré moi, telle une bulle de savon arrivant à la surface de l'eau au début de l'ébullition; ma main écrivait naturellement, sans fatigue, plus ou moins vivement, suivant la rapidité des pensées. Je savais à l'avance ce que j'écrivais, mais ce n'est pas moi qui pensais, j'écrivais souvent les yeux fermés, sans hésitation, sans rature. »

Pendant les derniers jours du mois de janvier, l'état du malade semble s'être sensiblement amélioré. Si les hallucinations sont très fréquentes, elles semblent du moins avoir perdu près du malade quelque autorité.

M. P... veut suivre nos conseils, il veut résister aux voix et il

leur résiste. Il dit qu'il n'y a que deux conduites différentes à tenir pour sortir de la Maison de santé.

La première suppose qu'il est réellement malade et consiste à opposer une résistance ferme à tout ce que lui suggèrent ses voix, jusqu'à complète guérison ; la seconde suppose qu'il est médium et que ses voix ne sont pas des hallucinations ; alors il ne lui reste plus qu'à obéir, à prier et à faire pénitence, afin d'obtenir la permission de faire un miracle et de pouvoir ainsi nous convaincre.

Tandis qu'il avait suivi jusqu'à présent la première voie, nous allons le voir, à l'avenir, mettre tout son espoir dans la seconde.

Dès les premiers jours de février, en effet, il cherche à passer des nuits entières en prières, écoutant et provoquant ses voix, leur obéissant aveuglément, faisant de la propagande spirite. Les hallucinations se sont développées à un tel point que dans plusieurs conversations ce n'est pas lui qui parle, il ne fait que répéter textuellement ce que lui dictent son père ou les esprits.

Nous ne saurions reproduire ici, à cause de leur longueur, quelques-unes de ces conversations, que nous avons cru intéressant de conserver, étant donné que ce sont le plus souvent des discussions engagées entre nous et les esprits sur les doctrines spirites ; mais nous pouvons ici franchement avouer qu'avec les esprits on n'a jamais le dernier mot, ce qui ne veut pas dire, du reste, qu'ils se montrent toujours particulièrement éloquents ni même rigoureusement logiques.

Entre temps reparaissent les idées et même les tentatives de suicide, puis vers la fin du mois il se calme à nouveau tout en gardant les mêmes convictions délirantes.

Sauf ses prières du matin et du soir qui sont un peu prolongées, sa conduite est bientôt irréprochable.

Il dit qu'il est devenu meilleur, et, en effet, il cherche à consoler et à soigner les malades qui l'entourent, fait promener les uns, cherche à faire promener les autres ; il est sobre de gestes, sa parole est onctueuse et sa mine sévère. Il s'occupe de médecine, lit avec intérêt les articles traitant des hallucinations et constate que le travail et les distractions l'empêchent d'entendre ses voix ; il reste pourtant toujours convaincu qu'il est médium.

Une modification se produit depuis quelque temps dans ses hallucinations qui semblent parfois adopter la forme psychomotrice. Nous notons que chez lui, la représentation mentale d'une voix est presque égale comme intensité à une hallucination ; mais, chose assez curieuse, tandis qu'il ne se représente une voix donnée qu'avec son timbre de voix à lui, ses hallucinations auditives (psychiques) ont un timbre particulier qui



n'est pas le sien, même lorsqu'il s'agit de personnes qu'il n'a jamais connues.

Dans le courant du mois d'avril, il recommença à prier et à suivre tous les conseils que lui donnent ses voix. Devant nous, il se met à genoux, fléchit brusquement le corps, puis étend les bras en croix et prie à haute voix. Si on veut le faire relever, il se fâche, menace et frappe les gardiens.

Il ne parle que d'après ce que lui dicte sa voix intérieure. On le voit souvent hésiter sur certains mots pour atteindre la fin de la phrase qu'il doit prononcer et que l'esprit n'a pas encore eu le temps de lui donner en entier. A d'autres moments, c'est Dieu ou son père qui parle directement par sa bouche. Sa personnalité alors s'efface complètement, il ne traduit plus comme précédemment en traduction libre ce qu'on lui dicte; mais il reproduit machinalement et sans hésitation les paroles, parlant de lui-même à la troisième personne, comme si c'était un étranger qui parlait par sa bouche.

Il se reproche amèrement sa faiblesse passée, sa résistance aux ordres qui lui ont été donnés et, prenant à tout bout de champ l'attitude de la prière, précédemment décrite, s'accuse sans cesse en des plaintes, des lamentations, des révoltes contre lui-même et contre son misérable corps, qui n'en finissent plus.

Il devient violent dans ses paroles et dans ses écrits, s'excite et en vient facilement aux coups lorsqu'on ne veut pas croire à sa médiumnité.

Puis le calme revient dans son esprit, et nous le voyons pendant un grand mois tout aussi convaincu, mais ne manifestant sa conviction délirante par aucun acte excentrique.

Ses hallucinations sont aujourd'hui des hallucinations nettement psycho-motrices. Son père et les esprits le font parler, font mouvoir sa langue et ses lèvres, il n'entend plus son ancienne voix de la tête que lorsqu'il fait des efforts pour retenir sa langue.

Par ce nouveau moyen de communication, les esprits lui font faire des prophéties qui le stupéfient et qui, en réalité, sont absolument enfantines.

Il veut redevenir médium écrivain et nous présente des papiers couverts d'une écriture ressemblant plus ou moins vaguement à celle de son père et dans lesquels se trouvent des conseils moraux à l'adresse du malade.

Ayant entendu parler d'un médium dessinateur, il veut en faire autant. Le dessin qu'il nous présente consiste en une série de courbes concentriques, dans lesquelles il croit reconnaître une figure. Nous lui faisons bander les yeux et nous constatons aussitôt que son crayon hésite, il ne sait plus ce qu'il veut faire.

Puis au mois d'août, éclate une crise d'une violence extrême; il lutte avec les gardiens, la voix de son père lui dit de frapper, d'insulter, de cracher à la figure de ceux qui, sous prétexte de le guérir, l'empêchent de propager le spiritisme. Il cherche à se faire du mal en guise de mortification et marmotte sans cesse des prières.

Cet état dure jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre, époque à laquelle il se met à causer avec nous comme il le faisait antérieurement.

Il essaye d'abord de nous convaincre et nous conduit dans sa chambre, nous disant qu'il va nous faire assister à un apport d'objets. Il se place devant sa table, fait trois invocations, puis, grossièrement, maladroitement, la fait marcher. Celle-ci ne donne que des réponses vagues, contradictoires, et au bout d'un quart d'heure nous sommes obligés de nous retirer sans avoir pu voir ce que c'était qu'un apport.

Il veut sortir à tout prix et cela pour propager le spiritisme. Il renonce à la médecine, il renonce à sa femme, il renonce complètement au monde pour se consacrer tout entier à propager sa nouvelle foi.

Il s'est fait complètement raser, porte les cheveux coupés très courts, parle sur un ton grave et incisif, n'admettant aucune discussion, la contradiction ne faisant naître chez lui qu'un sourire de pitié. Du reste, si ce n'était son aspect sévère, sa préférence était pour les conversations roulant sur la politique et la religion; lorsqu'il n'expose pas ses idées spirites, il pourrait passer pour une personne presque normale.

Les hallucinations sont restées les mêmes; cependant, pendant ses périodes d'excitation, à plusieurs reprises, il a eu des hallucinations visuelles élémentaires. En même temps qu'il entendait sa femme, il voyait un beau globe de feu qui n'était autre que l'âme de celle-ci.

La propagande spirite l'occupe uniquement, il consulte le Bottin, les Petites Affiches, recueille des titres d'ouvrages, des articles de journaux, écrit de nombreuses lettres, pensant prochainement pouvoir poser sa candidature comme député socialiste chrétien.

Le malade nous quitte dans cet état le 16 octobre pour être transféré dans un autre établissement.

Nous l'avons dès lors perdu de vue, mais nous savons qu'il a été remis en liberté peu de mois après son transfert, et un mot de lui que nous avons reçu ces jours derniers semblait indiquer un état mental satisfaisant.

Quoique les observations de ce genre soient souvent intéressantes par les détails qu'elles contiennent, nous

avons fait notre possible pour la réduire à des proportions raisonnables.

Nous ne voulons donc pas la résumer à nouveau et analyser tour à tour les caractères de la conviction délirante, la désagrégation progressive de la personnalité et l'augmentation croissante des hallucinations.

Ce sont là les éléments mêmes qui constituent la caractéristique de l'état mental de tous les médiums; ils se sont développés ici de la même manière, donnant lieu aux mêmes phénomènes que chez les médiums simples.

La seule chose qui, à notre avis, distingue ce médium partiellement délirant des médiums ordinaires, c'est cette obéissance passive aux ordres que lui donnent les esprits, obéissance qui aboutit à des tentatives suicides et homicides, au refus complet d'alimentation, à des actes d'une extrême violence, à des prières sans fin dans des attitudes étranges. Lorsqu'il résiste aux ordres qu'il reçoit, ainsi que cela lui est arrivé à plusieurs reprises, l'on pourrait presque dire qu'il cesse momentanément d'être médium aliéné pour redevenir simple médium.

N'y a-t-il donc entre ces deux états qu'une question de degré?

C'est certes là une question délicate, mais tout semble, dans cette observation, l'indiquer.

**Délire hallucinatoire avec idées de persécution,  
consécutif à des phénomènes de médiumnité,**

par MM. GILBERT BALLET et MONIER-VINARD.

Quand, chez certains médiums, le trouble mental va en progressant, il reste le plus ordinairement semblable à lui-même quant à sa nature et à sa forme, ne variant que par son degré et les actes singuliers qu'il peut provoquer; chez d'autres, au contraire, il est possible de voir se développer un délire hallucinatoire d'une complexité très grande, aussi remarquable par sa variété que par son intensité.

Le malade dont nous présentons l'observation réalise

ce dernier type : chez lui, se sont développées en outre des idées de persécution ; ce sont elles qui l'ont amené à venir nous trouver.

OBSERVATION (recueillie à l'Hôtel-Dieu, service de M. Gilbert Ballet.)

SOMMAIRE. — *Homme de quarante-sept ans. En 1898, début de l'état actuel par des phénomènes de médiumnité pure. Délire de persécution surajouté bientôt après. Hallucinations multiples. Voyages aux planètes. Analogies avec le délire de Swedenborg.*

Mathieu C..., âgé de quarante-sept ans, actuellement sans profession.

*Antécédents héréditaires.* — Ne révèlent rien de particulier.

*Antécédents personnels.* — Fièvre typhoïde à trente ans. Il a eu la syphilis. La date de l'accident initial a échappé. A l'âge de trente-six ans, il a eu des plaques muqueuses dans la gorge. Plus tard, on lui fit au Val-de-Grâce une staphylorrhaphie nécessitée par la perforation du voile du palais consécutive à l'évolution d'une gonorrhée. Depuis la voix est nasonnée. Pas d'éthylisme.

*Histoire de la maladie actuelle.* — Le 8 octobre 1902, le malade se présente à la consultation se plaignant d'être obsédé depuis quatre ans par des esprits qui le persécutent. Il vient nous trouver afin d'obtenir un certificat médical nécessaire pour appuyer les poursuites qu'il veut intenter à des personnes qu'il accuse de le faire tourmenter par les esprits.

Etant gardien au cimetière du Père-Lachaise, il rencontra, il y a sept ans, une femme qui lui tira les cartes et lui interpréta les lignes de la main. Cette aventure ne l'aurait guère impressionné, il le dit du moins ; mais il déclare que depuis ce moment il se mit à remplir moins exactement ses fonctions ; son caractère s'assombrît et, en août 1896, il fut révoqué. Il ignore la cause de son renvoi.

Deux ans plus tard, sa femme mourut à l'hôpital Tenon de suite de couches. Bientôt après, l'enfant mourut aussi.

Il y avait trois semaines que sa femme était décédée quand, brusquement, il eut l'impulsion d'écrire la phrase suivante, qui, nous dit-il, lui était dictée par l'esprit de la défunte : « Je suis ta femme, je t'aime ; tu te marieras avec M<sup>me</sup> Marie P..., qui habite avenue Parmentier, 28. »

Pour la première fois, ainsi, il entra en rapport avec les esprits.

Ce phénomène le troubla fort, d'autant plus que, à partir de ce moment, à maintes reprises, l'esprit de sa femme lui dicta diverses phrases. Celle qui revenait le plus souvent était la suivante : « Tu te marieras avec cette femme, tu seras auditif. »

Désireux de s'expliquer ces phénomènes, il se fit admettre dans une société de spirites. Là, il lui fut déclaré qu'il était un grand médium ; on lui enseigna à faire tourner les tables.

Dès ce moment aussi, surtout pendant la nuit, il commença à voir des esprits. Ceux-ci prenaient la forme d'animaux hideux : serpents, crapauds, lézards, ils lui parlaient lui disant : « Ta vie sera pleine d'épreuves. »

Sur ces entrefaites, le hasard fit arriver entre ses mains le prospectus d'une cartomancienne dont l'adresse et le nom correspondaient exactement avec ceux que l'esprit de sa femme faisait écrire : « M<sup>me</sup> Marie, avenue Parmentier, 28. » Il s'y rendit : la cartomancienne lui déclara qu'il était un grand médium ; elle lui fit révéler le passé et l'avenir d'une personne présente à l'entretien... Puis se passa une scène lubrique, durant laquelle il semble bien que la cartomancienne ait voulu abuser du malade. Malgré les singulières manœuvres auxquelles se livra sur lui la tireuse de cartes, il resta calme, absolument ahuri de ce qui se passait, à tel point qu'une fois sorti, il ne put retrouver le chemin de sa demeure.

Depuis le moment où se produisit cette scène, les phénomènes qu'il présentait déjà ne firent que s'accroître encore davantage. Il voit sans cesse la cartomancienne à ses côtés ; il la voit à tous moments, quelquefois le jour, mais surtout la nuit ; elle le tourmente, elle veut qu'il devienne son amant, et il s'y refuse car elle est vieille et laide ; puis il pense qu'une fois satisfaite, elle le ferait disparaître.

Toujours encore, il est en relation avec l'esprit de sa femme ; il lui reproche d'avoir pu lui conseiller de se marier avec une personne aussi odieuse que la tireuse de cartes. Il lui demande, mais en vain, de l'en débarrasser.

Il commence alors toute une série de démarches auprès des tribunaux ; il s'adresse au commissaire de police, voulant faire poursuivre la cartomancienne.

Mais pour se défendre, celle-ci le tourmente encore davantage ; il la voit auprès de lui, qui, avec son mari, le menace et l'injurie. Tous les deux lui envoient une série de mauvais esprits qui tâchent de l'effrayer, et revêtent des formes hideuses. Un matin, il se réveille brusquement et voit sur sa poitrine un énorme serpent dont la tête reposait sur son épaule. On le menace, afin qu'il retire les plaintes qu'il a déposées. « Nous te ferons crever et nous t'aurons. » Tout sommeil devient

impossible : quelquefois, il éloigne les mauvais esprits en faisant de longues prières. Ceux-ci reviennent malgré tout. Il s'arme d'un bâton pour les chasser, mais en raison de leur caractère immatériel, le bâton les traverse sans les frapper. C'est très distinctement qu'il voit les esprits, il nous assure les voir aussi nettement que les objets réels eux-mêmes. Ses autres sens sont d'ailleurs impressionnés ; les esprits à l'aspect hideux répandent en même temps une odeur de brûlé extrêmement désagréable.

Mais outre les esprits qui le persécutent, il en voit d'autres qui lui sont, soit favorables, soit au moins indifférents.

Souvent il y en a de bons qu'il ne connaît d'ailleurs pas, qui viennent le trouver ; il les entend, tantôt lui parlant distinctement et lui donnant de bons conseils ; tantôt s'adressant directement à son cerveau, sans qu'il ait d'impressions auditives.

Un fois, il nous dit avoir vu son propre esprit, sous la forme d'un homme habillé de noir, qui marchait à ses côtés et s'entretenait avec lui ; à un autre moment, en plein jour, il vit brusquement au milieu de la rue une boule de feu qui roulait devant lui, et disparut laissant une odeur de soufre. Ces divers phénomènes ne sont, nous dit-il, perceptibles que pour lui seul, et c'est son caractère de médium qui lui vaut ce privilège.

Ce n'est pas seulement par ses sens qu'il entre en communication avec les esprits, soit bons, soit mauvais. Ceux-ci le font aussi écrire ; sa femme, on l'a vu, lui dicta la première phrase qu'il écrivit de la sorte. Tantôt, il entend la phrase qu'il doit écrire et qui lui est en quelque sorte dictée ; d'autres fois, c'est sous la dictée intérieure, sans impression auditive, qu'il trace des phrases. Dans cette dernière condition, il écrivit un jour sous nos yeux la phrase suivante : « Tu es un voleur ; tu aurais pu faire beaucoup mieux, tu ne feras pas grand'chose, parce que tu insultes cette femme. »

Enfin, parfois encore, il prend la plume et se met à écrire n'ayant pas conscience d'obéir à une dictée quelconque soit intérieure, soit extérieure à lui-même. Ainsi, quand au cours de l'examen, nous lui posons une question qui l'embarrasse, il prend souvent un papier et écrit, qu'il lui est impossible de nous répondre. Il semble alors n'avoir conscience du sens des mots, qu'une fois ceux-ci tracés sur le papier.

Nous lui demandons alors ce qui lui a suggéré cette réponse écrite ; il nous déclare que c'est certainement un esprit qui la lui a fait écrire, mais il dit fort bien aussi ne l'avoir pas entendue lorsqu'il la lui dictait. Quand il écrit sous la dictée des esprits, son écriture est quelquefois normale ; souvent elle est modifiée, les lettres tracées d'une façon saccadée sont déformées et la lecture de sa phrase est parfois difficile.

Enfin, souvent aussi, il trace une série de traits irréguliers diversement contournés, couvrant parfois toute une page. Ayant écrit ainsi, il nous lit une phrase ayant un certain sens; mais, à une deuxième lecture, il ne peut naturellement pas lui-même nous lire la phrase de la même manière que la première fois.

Quelquefois, il prédit l'avenir: tantôt il annonce le temps qu'il fera pendant une période de l'année, tantôt il indique les affections qui atteindront les gens, leur durée, leur gravité. Il prétend même avoir une favorable influence sur les maladies.

Depuis près d'un an enfin, il lui arrive souvent d'être transporté loin du lieu où il se trouve. Les esprits persécuteurs l'emportent parfois ainsi à de grandes distances, l'entraînant avec eux et lui donnant des coups de fluide qui l'atteignent aux testicules: ils l'ont d'ailleurs depuis longtemps rendu incapable de tout acte sexuel. Mais, à l'ordinaire, c'est sans que ses persécuteurs interviennent qu'il se trouve ainsi transporté dans l'espace. Il parcourt de la sorte les planètes; il en a exploré un grand nombre, mais il ignore le nom de la plupart d'entre elles, et c'est la planète Saturne qu'il visite le plus souvent. C'est vers le milieu de la nuit que cela lui arrive; il se sent alors « partir sur sa pensée », il traverse d'immenses espaces, et les esprits mauvais veulent alors le tuer à coups de fluide. Arrivé dans Saturne, « il se matérialise », reprenant son aspect et sa forme ordinaires. Il nous a écrit lui-même le récit de l'un de ces voyages.

« J'ai vu une chaîne de montagnes aux bords de la mer « saturnine; elles sont couvertes de rochers et d'herbages, « peuplées d'animaux de toute espèce. Au pied des mon- « tagnes, une plaine des plus grandes, des plus fertiles. Les « habitants de ces pays sont comme nous. Ne pouvant pas « aller partout et me rendre compte de tout, j'étais obligé de « demander à un esprit que je ne connaissais pas. Il me « montra le château de Saturne et me renseigna sur tout; il m'ex- « pliqua la ville de Luffiphnoff et l'Eglise et une bonne par- « tie de la contrée de Lestaphanoff. Là, je reconnus que c'était « un esprit de ma famille, qui est ma mère; mais je ne l'ai « reconnu que trop tard. Elle me fit parler avec certains habi- « tants de cette ville. Dans d'autres contrées, j'étais tout seul: « je me trouvais toujours en butte avec des esprits des plus « mauvais. J'aurais fait mieux si j'avais eu quelqu'un pour me « protéger contre les esprits qui me font du tort. J'ai reconnu « Jésus et la Vierge Marie qui avait l'air de se ficher de moi; « bientôt je rencontrai ma mère et Saturne; je leur demandai « quel était ce couple-là. Saturne me dit: Remarque-les bien, « ce sont tes ennemis... »

De vive voix, il nous a encore donné d'autres renseignements : les habitants de ce pays seraient vêtus comme nous, leurs occupations seraient les mêmes que les nôtres ; leur langage serait « la langue grecque déformée ».

Examen somatique :

*Appareil digestif.* — Mauvais appétit. Digestion lente. Pas de constipation.

*Appareil respiratoire.* — Rien de spécial.

*Appareil circulatoire.* — Rien de spécial.

*Appareil urinaire.* — Rien de spécial.

*Appareil génital.* — Frigidité absolue depuis quatre ans. Il prétend avoir de la spermatorrhée nocturne : il l'attribue aux esprits qui, pendant la nuit, viennent provoquer chez lui des excitations génitales.

*Appareil nerveux.* — Sommeil mauvais, entrecoupé par les hallucinations.

Pas de céphalalgie.

Pas de troubles moteurs.

Sensibilité normale partout.

Réflexes tendineux également forts des deux côtés.

Pupilles égales et régulières, réagissant bien à la lumière.

Si nous résumons l'histoire de ce malade, nous voyons que depuis quatre ans, il se trouve dans un état mental particulièrement troublé. En 1898, lors de la mort de sa femme, se produit la première hallucination auditive, qui se répète plusieurs fois. Étonné du phénomène, il va en demander l'explication aux adeptes de l'occultisme : auprès de ceux-ci il devient rapidement lui-même médium, et ses relations avec les esprits s'étendent et se multiplient. Une fois qu'il est en rapport avec la cartomancienne, certaines de ses hallucinations se groupent, s'organisent, faisant de lui un véritable persécuté tandis que d'autres phénomènes se surajoutent : prédictions de l'avenir, voyages dans les planètes.

Il est intéressant d'analyser chacun des troubles hallucinatoires que présente ce malade. Chronologiquement, nous voyons d'abord que ce sont les hallucinations auditives qui se développèrent les premières ; mais les hallucinations visuelles sont survenues aussi bientôt et ont bien vite pris une importance considérable. Si à quelques moments il leur arrive de revêtir une forme élémentaire (globes de feu, nuages), le plus souvent elles revêtent une forme commune : ce sont des



animaux hideux, des figures humaines. Il les voit, nous dit-il, aussi distinctement que les objets réels. Il les touche même, et ce contact lui répugne souvent. Le moment où se produisent ces hallucinations est variable: quelquefois c'est en plein jour; mais c'est d'ordinaire la nuit qu'elles sont le plus fréquentes. Elles semblent débiter pendant le sommeil; puis, tirant le malade de cet état, elles se continuent une fois qu'il est réveillé. Récemment encore, il nous disait que l'une de ces dernières nuits, un esprit persécuteur survint pendant son sommeil, revêtant les traits du mari de la cartomancienne; il le réveilla en le pinçant et en lui tirant les cheveux. Il se leva alors, alluma sa lampe et voulut le chasser, quand soudainement l'esprit abandonna la forme humaine, et il se trouva en présence d'un gros lézard. Ce fait montre bien que si ces hallucinations commencent dans le rêve, elles se continuent en tout cas, une fois que C... est réveillé.

Les hallucinations auditives sont aussi d'un grand intérêt. Le plus souvent elles appartiennent à la catégorie des hallucinations psychiques. Quand l'esprit de sa femme lui dit: « Je suis ta femme, je t'aime, tu épouseras M<sup>me</sup> Marie... », il n'entend pas parler, il ne perçoit pas de paroles distinctes, mais plutôt la pensée ou mieux le langage de la pensée. Ce sont bien là des hallucinations psychiques, consistant en des pensées dont le malade méconnaît l'origine personnelle et qu'il attribue à une influence extérieure.

D'autres fois encore, ce sont des hallucinations auditives vraies associées le plus souvent à des hallucinations visuelles. Il entend alors distinctement des mots qui frappent ses oreilles; ainsi on lui crie: « Nous te ferons crever et nous t'aurons. »

A côté de ces phénomènes auditifs, il faut placer les manifestations graphiques. Parfois il entend distinctement, comme si quelqu'un lui dictait à voix haute les phrases qu'il trace sur le papier; souvent aussi il écrit sans entendre les mots.

Enfin, dans d'autres cas, il ne traduit plus par écrit une hallucination auditive, mais écrit automatiquement, comme le font d'ailleurs la plupart des médiums. Prenant la plume, il trace un mot et ne se rend compte

de ce qu'il a écrit qu'ensuite en le lisant. Sa sensibilité générale est aussi mise en jeu : les douleurs testiculaires qu'il dit éprouver, le sentiment pénible qu'il ressent quand il se sent emporter à travers l'espace, en sont des preuves.

Cette analyse des troubles observés chez ce malade nous a montré l'importance des hallucinations visuelles, et leur prépondérance pourrait au premier abord laisser croire que le récit qu'il nous fait est plutôt celui d'un rêve que celui d'une hallucination visuelle vraie. Mais, en remarquant combien aux hallucinations visuelles se trouvent souvent associées celles des autres sens (toucher, ouïe, odorat) ; en retenant aussi qu'elles se produisent quelquefois le jour et que, quand elles surviennent la nuit, elles peuvent commencer pendant le sommeil, mais qu'elles se continuent ensuite une fois le malade réveillé, nous avons acquis la conviction que ces troubles diffèrent de ceux du simple rêve.

Considérons maintenant l'une quelconque de ces scènes variées dans lesquelles tous les sens sont en éveil (par exemple l'un des voyages dans Saturne). Sans doute, la mobilité extrême, l'incohérence parfois des hallucinations dont le malade nous fait le récit, leur méritent à juste titre le qualificatif d'« oniriques ». Mais un caractère essentiel distingue ce malade du simple rêveur. Quand ce dernier après le réveil se rappelle son rêve, il le juge pour ce qu'il est. Ici, il n'en est pas de même. Le sentiment des réalités ambiantes ne détruit pas le sentiment qu'il a eu en dormant ; il reste convaincu que tous les faits qu'il nous raconte se sont réellement produits.

Si nous lui demandons pourquoi tout cela lui arrive, il nous répond qu'il est « médium guérisseur » ou encore « médium incarné » (ne se rendant pas très bien compte de ce que signifient ces termes), et que c'est ce caractère qui lui vaut d'être en relations avec les esprits. De la sorte, on voit que ce malade, comme tous les médiums d'ailleurs, est à un certain degré un délirant mégalomane. Chez lui, se sont surajoutées des idées de persécution revêtant une intensité extrême. Ce sont elles qui l'ont déterminé à venir nous trouver. Elles revêtent ici la forme spéciale qu'elles devaient avoir chez un médium : ce sont des esprits qui le persé-

cutent et lui veulent du mal. Mais quelle que soit l'intensité que revêt ici ce délire de persécution, il nous apparaît comme n'étant qu'accessoirement surajouté au trouble primitif et fondamental, les interprétations fausses de son état médiumnique et les hallucinations. Sous quelles influences se sont développés les troubles de ce malade? Il ne semble pas qu'on doive chez lui les rattacher à de l'hystérie. La forme même et la systématisation de son délire, l'absence complète de toute manifestation hystérique, doivent faire rejeter l'influence de cette névrose.

La prépondérance des hallucinations visuelles fait songer à l'alcoolisme comme facteur étiologique, mais il est impossible de relever la moindre trace de cette intoxication; le malade assure, d'ailleurs, ne s'être livré à aucun moment à des excès de boissons.

Il reste au contraire à admettre que la débilité et le déséquilibre mental ont présidé à l'éclosion de tous les troubles dont nous venons de faire le récit.

Après une véritable période d'incubation qui semble avoir commencé il y a sept ans, durant laquelle il est déprimé, remplissant mal les fonctions qui lui sont dévolues, il perd au même moment sa femme et son enfant. Ce choc moral l'atteint fortement, sa première hallucination auditive se produit, et se renouvelle bientôt. Ses relations avec les spirites le troublent encore davantage, le champ et le nombre des hallucinations s'accroissent. Après la visite chez la cartomancienne il devient un persécuté. Maintenant, favorisés par les déboires qu'il a à chaque instant, ses troubles progressent de plus en plus; à une courte période de calme en succèdent d'autres, au cours desquelles ses hallucinations se reproduisent plus que jamais nombreuses.

Nous appellerons, en terminant, l'attention sur un rapprochement qui s'impose entre ce malade et celui qui mérita par les descriptions fantastiques qu'il donna des mondes supra-terrestres, le nom de « Prince des voyants »; nous voulons parler de Swedenborg: tout comme Swedenborg (1), C... est en communication fréquente avec le monde des esprits; comme lui aussi, il visite

---

(1) G. Ballet. *Swedenborg*, 1 vol. in-12. Paris, Masson, édit.

les mondes inconnus. Nous avons vu la description qu'il nous a donnée de la planète Saturne. N'est-elle pas à rapprocher de celles beaucoup plus riches et plus originales sans doute que Swedenborg a laissées dans ses divers ouvrages sur Mars, Jupiter, Saturne, Vénus? La richesse du coloris, la précision du détail, ne sont certes pas comparables chez les deux visionnaires. Mais saurait-il en être autrement? Swedenborg, que ses biographes et ses œuvres nous indiquent « savant de premier ordre dans toutes les sciences, littérateur distingué, homme politique avisé », devait avec sa haute culture intellectuelle nous faire des récits autrement variés que ceux que pouvait faire notre malade. D'une intelligence très moyenne, celui-ci a reçu une éducation sommaire. Au cours de son existence, il a dû se trouver impressionné par des récits ou des lectures qui frappèrent vivement son imagination, et, à quarante-sept ans, il revit tout cela après l'avoir adapté à la taille de son esprit. Sa débilité mentale lui vaut ses interprétations délirantes, elle lui vaut aussi le peu de relief qu'elles ont.

#### DISCUSSION

M. CHRISTIAN fait la remarque que ces observations ressemblent aux observations de démonomanie publiées autrefois dans Esquirol, Michea, Calmeil et la Vie des Saints. Il distingue deux catégories de médium : le médium, soi-disant raisonnable, qu'on rencontre dans la société et celui qui, à cause de l'intensité de ses troubles délirants, ne peut y vivre. Les hallucinations, les troubles de la sensibilité, sont attribués à l'influence des esprits. Autrefois, on était sous l'influence d'Asmodée ou d'Astaroth. Les démonomanes, tout comme les médiums, allaient en voyage; s'ils n'allaient pas visiter Saturne ils allaient au sabbat.

M. G. BALLET s'associe aux remarques de M. Christian. Il ne s'agit pas d'une forme psychopathique nouvelle. En présentant ces observations les auteurs n'ont eu pour but que de rechercher comment, nous médecins, pouvons interpréter l'état mental des médiums. Il y a des degrés divers, depuis le spirite banal jusqu'au médium écrivant.

Le fait constant chez le médium, c'est la tendance à la dissociation de la personnalité, c'est la désagrégation arrivant à favoriser le développement des hallucinations auditives et visuelles.

M. CHRISTIAN. — On observe la même gradation dans la démonomanie. Chez les théomanes également, au premier échelon, on observe les gens pieux. A un degré supérieur, ces gens sont plus spécialement favorisés de Dieu ; un pas de plus, et Dieu leur parle. Ils sont sur le chemin de la folie.

### **Œdème vaso-paralytique fugace de la seconde période de la paralysie générale,**

par MM. KLIPPEL et A. VIGOUROUX.

On sait que les troubles vaso-moteurs jouent un rôle important dans la paralysie générale. Parmi ces troubles, il faut noter la possibilité d'un œdème fugace, dont les caractères sont très particuliers et dont l'origine est une vaso-paralysie. Nous chercherons dans les lignes suivantes à décrire ce symptôme et à en préciser la pathogénie.

Chez l'un de nos malades, l'œdème fut unilatéral, occupant l'une des jambes ; chez un autre, il était symétrique et de même siège ; chez un troisième, où il était fort accusé, il occupait les deux jambes et se manifesta parfois au niveau du dos des mains.

Dans tous les cas il fut mou, blanc et indolore, le godet était très net, le doigt déterminant une dépression de la durée d'une minute environ.

Mais le caractère qu'il importe de souligner est la fugacité, l'intermittence, la répétition de la suffusion sérénse. Dans l'un des cas la disparition se fit en cinq jours ; dans les deux autres en trois jours.

La station debout dans l'immobilité a semblé une condition favorable à son développement, tandis que la marche et le repos au lit le faisaient disparaître.

Ni l'œdème brightique, ni l'œdème cardiaque n'offrent exactement les mêmes particularités cliniques.

L'œdème brightique, aux jambes et à ce degré, est

plus persistant et est surtout modifié par un traitement spécial ; l'œdème cardiaque, celui qui disparaît toutes les nuits par le repos au lit, n'est nullement amendé par la marche.

Le diabète, fertile en accidents nerveux, présente parfois des œdèmes mous et fugaces analogues à celui des paralytiques.

D'ailleurs aucune de ces maladies n'était en cause chez nos sujets, et c'est tout d'abord ce qu'il fallait établir. L'examen des urines ne montra pas d'albumine ; l'examen du cœur aucune lésion valvulaire ; du diabète il ne pouvait être question. Il n'y avait pas non plus d'excoriation au niveau des membres œdématiés, non plus que de varices.

C'est à l'encéphalite elle-même qu'il faut rapporter le symptôme dont il s'agit.

A la dernière période les œdèmes permanents sont assez fréquents. Bien que les malades soient alors des cachectiques, cette cachexie, en raison de ses origines, comporte un ensemble de troubles vaso-moteurs et trophiques qui marquent la participation du système nerveux aux désordres qu'elle entraîne.

Chez nos malades il ne s'agit pas d'état cachectique. L'un d'eux, très vigoureux, était au début de la seconde période ; les deux autres étaient dans cette même période : ils pouvaient encore marcher, ils n'étaient pas gâteux, n'étaient point dans un état à nécessiter l'alitement. Par là l'intervention du système nerveux, lésé par les toxines de l'infection paralytique, n'en est que plus évidente et l'intermittence et la fugacité du symptôme en sont une preuve certaine.

En ce qui concerne l'œdème permanent, mis en parallèle avec l'œdème fugace, notons-le en passant, les anciens auteurs parlaient avec raison d'une cachexie nerveuse, celle-ci étant le résultat de désordres de plus en plus profonds, de l'influence trophique du système nerveux.

Chez le paralytique général les troubles vaso-moteurs, d'abord fugaces, vont en croissant à mesure que la maladie devient plus destructive. Mais l'œdème vaso-paralytique du début ne saurait être considéré comme relevant d'une cachexie.

Dût-il, en effet, subir un accroissement progressif et s'installer définitivement, l'œdème du début marque tout d'abord une défaillance intermittente de l'innervation et avec une dyscrasie générale, il traduit à ce moment l'infection en action sur les centres vaso-moteurs.

Et cela, soit dans les ganglions du sympathique, soit dans la moelle, soit dans le bulbe, soit au niveau même de l'écorce cérébrale.

La précocité même de l'apparition de l'œdème permet d'admettre de préférence que le point de départ de l'irritation qui paralyse, est dans l'écorce elle-même.

La physiologie n'y contredit point. Les centres moteurs des membres, on le sait, sont capables d'influencer la circulation de ces mêmes parties.

Et encore, si tout le système vaso-moteur est, en définitive, atteint, n'est-il pas logique d'admettre qu'il l'est tout d'abord et plus profondément dans ses centres les plus fragiles et partant le plus facilement lésés? De même, c'est aussi sur la fibre musculaire striée dont les mouvements sont le plus délicats, que le système des muscles de la vie de relation est tout d'abord atteint.

En progressant, les vaso-paralysies s'accusent jusque dans les viscères, aboutissant aux lésions du foie, du rein et du poumon vaso-paralytiques. L'autopsie de l'un de nos malades montrait en effet un foie et un rein vaso-paralytiques.

Quant à l'influence de la cause occasionnelle, de l'immobilité dans la station debout, elle s'explique trop aisément pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

En résumé, il y a chez le paralytique un œdème précoce, à caractère fugace, dont l'origine est vaso-motrice répondant aux lésions corticales et manifeste au niveau des membres. Plus tard, au moment où cet œdème devient permanent, des paralysies se produisent dans la sphère d'innervation de centres d'un ordre moins élevé, entraînant alors ces dilatations capillaires avec foyers d'hémorragie miliaries, que l'un de nous a décrites sous le nom significatif de foie, de rein et de poumon vaso-paralytiques.

Les trois observations suivantes sont destinées à appuyer les considérations précédentes.

OBS. I. — M..., âgé de vingt-neuf ans, entré à l'hôpital Tenon le 27 décembre 1902.

C'est un homme grand, bien constitué et d'une force musculaire peu ordinaire.

Son père et sa mère sont bien portants, lui-même a deux enfants en bonne santé; l'un d'eux est d'un caractère nerveux et émotif.

Il a eu une bronchopneumonie à l'âge de deux ans et une dysenterie assez grave étant aux colonies pendant son service militaire.

Il n'a jamais eu la syphilis.

Il a fait, par contre, de tout temps d'énormes excès alcooliques portant sur le vin, l'alcool et l'absinthe. Il aurait pris quatorze absinthes de suite.

Intelligent et travailleur, il devint contremaître dans son usine.

La maladie semble avoir débuté il y a dix-huit mois, car, à cette époque, son patron ne put le garder; il est probable que c'est à son incapacité qu'il dut d'être renvoyé, car depuis il ne put trouver d'ouvrage.

Il reconnaît lui-même qu'il est devenu maladroit de ses mains, que son esprit est occupé ailleurs et qu'il mettait une journée pour faire ce qui, autrefois, lui aurait demandé une heure.

C'est du reste pour des troubles psychiques et en particulier pour des troubles de la mémoire que le malade entre à l'hôpital.

Sa physionomie exprime un certain degré d'hébétude et d'anxiété.

Les pupilles sont inégales.

La parole est hésitante; un tremblement des lèvres précède la prononciation de certains mots et parfois l'empêche.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Le goût est perverti. Le malade prétend trouver un goût sucré à tous les aliments.

L'odorat est très émoussé, presque aboli, si bien que le malade ne sentant rien, croit avoir un rhume de cerveau.

La sensibilité est obtuse par tout le corps, mais surtout la sensibilité à la douleur.

Les viscères sont normaux: rien au cœur, aux poumons ni aux reins; l'urine n'est pas albumineuse.

Au point de vue mental, l'affaiblissement de la mémoire est très marqué; en plus, le malade présente des idées de grandeur mobiles, absurdes et incohérentes. Il est très riche, il a beaucoup de bagues que lui ont offertes les plus belles femmes de Paris. Son père est général et ministre, etc. Il prétend avoir



bu de vingt-cinq à trente absinthes par jour, 10 à 29 litres de vin et plusieurs litres d'alcool.

Il présente de la kleptomanie et s'empare de tout ce qu'il trouve autour de lui : potions, vases de nuit, etc., et les cache dans son lit.

Il mange beaucoup et gloutonnement.

Son caractère est triste et irascible.

Depuis que M... est dans le service, est apparu un œdème des membres inférieurs. Il n'existe qu'au repos, c'est-à-dire qu'il est plus marqué lorsque le malade est resté longtemps debout ou assis. Quand il a marché, l'œdème diminue; il diminue aussi dans la station couchée.

Cet œdème occupe symétriquement la partie inférieure des deux membres inférieurs; il remonte jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

Peu abondant sur le tibia, plus apparent aux portions déclives, aux régions pré et rétro-malléolaires et au cou-de-pied, il va en diminuant des malléoles jusqu'au genou.

C'est un œdème mou, blanc, non douloureux, laissant le doigt creuser aisément un godet, lequel persiste une minute environ.

Pas de troubles trophiques, ni sensitifs dans la région.

L'urine examinée à ce moment ne contient pas d'albumine.

D'après les renseignements pris, l'œdème s'est produit plusieurs fois déjà au niveau des membres inférieurs. Il a existé aussi, mais moins prononcé, au niveau du bas des mains. Il a toujours été fugace. La station debout dans l'immobilité en est la cause provocatrice. Le mouvement ou le repos au lit tendent à le faire disparaître.

Trois jours après l'œdème avait entièrement disparu.

Le malade n'a pas été suivi, car il dut être envoyé à Sainte-Anne.

Obs. II. — Di... (Jules), quarante ans, employé de bureau, est entré à l'asile de Vaucluse le 14 mai 1902 venant de l'hospice de Bicêtre.

Déjà en octobre 1901, le diagnostic de paralysie générale avait été porté, à la fois par MM. les D<sup>rs</sup> Legras et Magnan.

Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou personnels.

A son entrée, il présentait au complet les signes physiques de la paralysie générale : inégalité pupillaire avec conservation des réflexes, embarras marqué de la parole, tremblement spasmodique des muscles de la langue et de la face, abolition des réflexes rotuliens, mais pas d'autres signes de tabes.

La force musculaire est normale, les viscères sont sains, il n'y a ni sucre ni albumine.

Son état mental est caractérisé par l'affaiblissement des facultés intellectuelles, de l'inconscience de sa situation et un certain degré d'euphorie.

Il est calme, indifférent et ne présente pas d'idées délirantes.

Il n'est pas gâteux, il n'est ni alité ni cachectique, et s'occupe un peu dans son quartier aux travaux du ménage.

Le 9 mars 1903, nous constatons l'existence d'un œdème unilatéral ayant envahi le pied gauche jusqu'à la moitié de la jambe.

Cet œdème est mou, blanc, non douloureux à la pression. Aucune lésion locale ne peut l'expliquer.

L'examen des urines montre qu'elles ne contiennent pas d'albumine.

Le cœur est normal.

Après trois jours de repos au lit, sans modification du régime, l'œdème a disparu.

L'analyse complète des urines donne les résultats suivants :

Volume . . . . . 1.400 gr.

Réaction acide :

Densité. . . . .	1.018
Urée. . . . .	23,24
Acide urique . . . . .	0,42
Acide phosphorique . . . . .	1,44
Chlorure de sodium . . . . .	14,28

Aucun élément anormal.

Obs. III. — Lem..., quarante-deux ans, nickeleur, entre à l'asile de Vaucluse le 8 mars 1902. Déjà traité à l'hospice de la Salpêtrière, le diagnostic de paralysie générale avait été porté par M. le Dr Sicard : le diagnostic fut confirmé par M. le Dr Magnan, à l'admission de Sainte-Anne.

Ouvrier intelligent, devenu contre-maître, il gagnait 7 francs par jour et était un peu surmené. Il a eu à dix-huit ans une fluxion de poitrine et depuis n'a jamais été malade. Ne faisait pas d'excès alcooliques au dire de sa femme. Il n'avouait pas avoir eu de syphilis et n'en portait pas de stigmates à son entrée.

Il n'avait pas d'enfants; sa femme n'a pas eu de fausse couche.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

La maladie semble avoir débuté il y a dix-huit mois, par des troubles du caractère : irritabilité et émotivité morbides. Il se mettait en colère et pleurait sans motif plausible. Il eut de fréquents étourdissements, mais jamais d'ictus. Depuis cinq

mois, la mémoire a diminué d'une façon manifeste, la parole a commencé à s'embarrasser. Il devient incapable de tout travail. Son émotivité devint de plus en plus marquée, et il dut être placé à la Salpêtrière.

A son entrée, il présentait les signes classiques de la paralysie générale : inégalité pupillaire avec conservation des réflexes, tremblement de la langue, embarras de la parole, exagération des réflexes tendineux. Le foie était gros et dans les aines il y avait des ganglions indurés et roulant sous le doigt. Rien au cœur, pas d'albumine dans les urines. Sa taille mesurait 1<sup>m</sup>,64, son poids était de 60 kilogrammes. Son indice céphalique de 85.

Au point de vue mental, il présentait de l'affaiblissement de la mémoire, une certaine confusion dans les idées, et un degré notable d'euphorie. Pas de délire, calme et indifférent pendant les premiers temps de son séjour à l'asile, il s'excite bientôt et devient délirant et turbulent. Il prétend être devenu riche, avoir acheté une maison de plusieurs centaines de mille francs. Il parle, répétant constamment les mêmes paroles incohérentes, fait toujours les mêmes gestes.

Si on lui demande avec qui il cause et à qui s'adressent les gestes qu'il fait, il dit que c'est à des femmes qui sont derrière les carreaux. Il parle également souvent de petites filles qui sont sous son lit et qui vont lui apporter du lait.

Il est difficile de se rendre compte s'il a ou non des hallucinations véritables.

Traité à plusieurs reprises par l'alitement durant ses crises d'excitation, il se montre moins turbulent étant dans son lit, mais continue à parler. Il mange bien et n'est pas gâteux.

En décembre 1902, neuf mois après son entrée, il est dans un état de démence presque absolu avec agitation, mais son état général est suffisant ; il n'est pas cachectique. Les signes physiques de la paralysie générale persistent.

Le 16 décembre, alors qu'il était alité, c'est-à-dire qu'il ne se levait que quatre heures par jour, apparaît un œdème blanc, mou, envahissant symétriquement les deux jambes et dépassant le genou.

Cet œdème est blanc, mou, non douloureux, plus accentué au niveau des pieds, il va en décroissant en remontant vers les cuisses.

Il n'a pas d'écorchure aux pieds ; son cœur est normal.

L'examen des urines ne révèle *aucune trace d'albumine*.

Le malade fut néanmoins mis au régime lacté intégral et au bout de cinq jours l'œdème disparut complètement.

Cet œdème ne reparut plus, alors que le malade fut remis au régime alimentaire ordinaire et bien qu'on le fit lever.

La paralysie générale suivit son cours, la démence s'accroît toujours, accompagnée d'agitation.

Le malade avait commencé à devenir gâteux, lorsqu'il fut emporté par une pneumonie du lobe supérieur gauche.

L'autopsie faite trente-six heures après la mort permet de vérifier l'hépatisation du lobe supérieur du poumon gauche, qui pesait 1.220 grammes, alors que le droit ne pesait que 670 grammes.

Le cœur pesait 290 grammes. Le muscle cardiaque était mou et un peu décoloré; il y avait quelques pustules athéromateuses à la base de l'aorte et au-dessus des valvules. Les valvules sigmoïdes et mitrales sont souples et suffisantes. Les orifices ne sont pas rétrécis.

Les reins pesaient 300 grammes; la capsule n'est pas adhérente. A la coupe ils présentaient un peu de congestion.

Le foie pèse 1.830 grammes; il est mou, étalé, légèrement jaune et gras au toucher.

L'encéphale pesait 1.420 grammes, les deux hémisphères sont de poids égaux.

Les méninges sont épaissies et congestionnées. Elles sont adhérentes, surtout au niveau du lobe sphénoïdal; elles s'ènèlent facilement dans les autres zones, en laissant cependant quelques excoriations dans le lobe frontal et au niveau du pli courbe.

L'examen histologique confirme le diagnostic de paralysie générale.

*Cerveau* : La méningo-encéphalite se manifeste par l'infiltration des méninges et leurs épaississements; par la périvascularité des vaisseaux de l'écorce, qui sont congestionnés et engainés de cellules rondes.

Les cellules pyramidales sont altérées, presque toutes contiennent beaucoup de pigment; un grand nombre sont déformées, la substance achromatique reste colorée, beaucoup ont leurs noyaux excentriques.

Les vaisseaux des méninges paraissent en dégénérescence hyaline.

Le foie présente un début de cirrhose, de la dilatation des vaisseaux. Il faut noter la présence dans ces vaisseaux de nombreux polynucléaires. Cellules contenant des gouttelettes de graisse.

*Rein*. — Le rein présente un certain degré de congestion vaso-paralytique avec ectasie assez prononcée sur quelques points. Le parenchyme n'offre aucune lésion pathologique. Il existe dans la substance médullaire une sclérose minime.

## DISCUSSION.

M. TOULOUSE. — Les faits rapportés par MM. Klippel et Vigouroux sont très intéressants, en attirant l'attention du médecin sur les cas fréquents où les paralytiques généraux présentent des œdèmes non symétriques à la période de début. Je me rallie complètement à la théorie de M. Klippel. Ces faits sont à rapprocher du dermatographisme qu'on rencontre chez les mêmes malades et qu'on peut attribuer à la même cause.

M. TRÉNEL. — Ces faits sont très intéressants. J'ai eu précisément l'occasion de voir cet œdème chez le malade dont j'ai présenté l'observation récemment. La paralysie motrice des deux membres supérieurs avait été précédée par un œdème.

M. ARNAUD. — Il s'agit d'un symptôme qu'on s'étonne de ne pas voir signalé partout et qu'on rencontre assez fréquemment. Je me rappelle en avoir vu plusieurs cas. Je les ai constatés surtout aux membres supérieurs. Je ne pense pas toutefois qu'ils se présentent à une période aussi précoce.

M. VIGOUROUX. — Je n'ai pas trouvé ces faits signalés dans la littérature.

La séance est levée à six heures.

BLIN et J.-M. DUPAIN.

---

SÉANCE SOLENNELLE DU 25 MAI 1903.**Présidence de M. GILBERT BALLET.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Eugenio Medea, de Milan, membre associé étranger, Colin, Comar, Doutrebente, Giraud, Kéraval, Lapointe, Maupaté, Gilbert-Petit, Philippe, Piéron, Thivet, Truelle, membres correspondants, assistent à la séance.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Des lettres de MM. Motet et Semelaigne, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2° Une lettre de M. Piéron, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;
- 3° Une lettre de M. del Greco, de l'asile de Nocera-Inferiore, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Antheaume, Christian et Semelaigne, rapporteur ;
- 4° Une lettre de M. le professeur Meschede, de Königsberg, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Magnan, Ritti et Christian, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Un cas de polynévrite d'origine toxique, probablement par l'aniline*, par MM. Médéa et Ganelli ;
- 2° *Evolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse*, par M. Magalhaès Lemos ;
- 3° *Des résultats de l'exploration électrique dans la paralysie générale et la démence sénile*, par M. Al. Pilcz ;
- 4° *La folie maniaque dépressive*, par M. Al. Bernstein ;
- 5° *La Revue de l'hypnotisme*, numéro de mai ;
- 6° Le journal *la Tempérance*, numéro de mai.

*Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours).*

M. ANTHEAUME. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Joffroy, Paul Garnier, Moreau (de Tours), Dupré et Antheaume, d'examiner les titres des candidats au prix Moreau (de Tours). Beaucoup de travaux ont été présentés, et votre commission s'est trouvée, à son grand regret, dans l'obligation d'en éliminer un certain nombre d'emblée. Cinq seulement ont été retenus ; ce sont par ordre alphabétique les mémoires de MM. Chenais, Hauser, Parant, Perpère et Vurpas.

Le travail de M. Chénais est intitulé : « *Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce, à forme catatonique* ».

L'auteur frappé, à juste titre, du rôle prépondérant dévolu aux signes somatiques dans le diagnostic de la paralysie générale, a pensé par analogie qu'il était d'un hant intérêt de chercher si la démence précoce ne se traduisait pas par des signes physiques qu'on pourrait considérer comme signes de certitude, à côté des symptômes mentaux qui ne seraient alors que des signes de probabilité.

M. Chénais s'est efforcé dans son mémoire, à l'aide de nombreuses observations cliniques, de résoudre ce problème complexe et s'il est loin d'avoir épuisé le sujet, il a, du moins, ce mérite d'avoir attiré l'attention sur une question de psychiatrie pleine d'intérêt.

Avec l'ouvrage de M. Hauser, qui a pour titre : « *Etude sur la syringomyélie* », nous sortons du domaine de l'aliénation mentale pour entrer dans celui de la neurologie. Malgré les travaux importants qui ont été publiés dans ces quinze dernières années sur la syringomyélie, plusieurs questions concernant cette affection demeurent encore enveloppées d'obscurité. En clinique même, et précisément en ce qui concerne la dissociation de la sensibilité et la répartition de ce symptôme considéré longtemps comme pathognomonique, il semble que les explications fournies par certains auteurs se soient quelquefois écartées de la réalité des faits. On sait bien que les excitations sensitives cutanées, conduites par les racines postérieures, aboutissent toutes à la substance grise; rien ne démontre qu'après cette première étape elles continuent leur trajet dans les fibres d'un deutoneurone sensitif appartenant à un faisceau blanc qui doit s'entrecroiser. La conduction de la sensibilité dans la moelle est assurée par la substance grise et les fibres commissurales qui en relient les différents étages. On ne peut voir dans la dissociation un trouble de la sensibilité appartenant en propre à la syringomyélie, ni dans sa topographie l'indice d'une constitution médullaire spéciale : l'anesthésie syringomyélique met particulièrement en relief dans sa forme et son évolution générale, le type radiculaire. Le

mécanisme général de la disposition et du développement de l'anesthésie syringomyélique s'explique aisément sans qu'il soit besoin de modifier en rien les données anatomiques reçues.

Le travail de M. Hauser se complète par une étude anatomo-pathologique basée sur plusieurs cas. Soulevant la question de la pathogénie des lésions médullaires, l'auteur fait observer que le mot de syringomyélie est peut-être bien appliqué à des choses différentes; en tout cas l'hématomyélie d'une part, les malformations congénitales de l'autre (hydromyélie), ne sont pas des facteurs suffisants du processus syringomyélique.

Celui-ci doit reconnaître souvent des causes plus directes et un agent morbide à action plus récente.

Faite dans le laboratoire du professeur Dejerine, cette thèse inaugurale témoigne chez son auteur d'une laborieuse activité et d'une érudition très étendue. Nous nous plaisons à rendre ici hommage à la méthode scientifique très sûre qui a présidé à l'élaboration de ce mémoire, méthode qui en fait une œuvre documentaire destinée à être hautement appréciée par les neurologistes de tous pays. Une seule critique pourrait être adressée par des aliénistes à ce travail, c'est que l'auteur ne paraît être aucunement préoccupé de savoir si chez certains syringomyéliques il ne pouvait coexister des troubles mentaux; or, pour être rares, des cas de ce genre existent.

La thèse de M. Parant concerne : « *Les délires de jalousie* ». Bien que représentant une moindre somme d'efforts que la thèse de M. Hauser, elle offre sur cette dernière, au point de vue spécial de la Société médico-psychologique, cet avantage de traiter d'une question de psychiatrie et d'en dissenter avec des aperçus originaux et une certaine maturité d'esprit.

Pour l'auteur, — et il est certes dans le vrai, — les idées délirantes de jalousie ne sont pas, comme le voudrait une opinion née dans la psychiatrie allemande, exclusivement de nature alcoolique chez l'homme; elles peuvent, chez l'homme comme chez la femme, exister en dehors de cette intoxication.

Il y a une forme de délire de jalousie en rapport avec la démence sénile; et dans les délires systématisés les idées de jalousie évoluent sur un fond constitutionnel



spécial, suivant les types du délire primitif de Lasègue, de délire secondaire aux psycho-névroses et aux intoxications, et du délire raisonnant de Falret. Les idées de jalousie sont pures ou plus fréquemment associées ou alternantes avec d'autres idées délirantes, principalement les idées de persécution.

Le médecin a souvent à apprécier l'état mental du jaloux à l'occasion de nombreux problèmes, dont plusieurs ne sont que des cas particuliers de problèmes plus généraux (internement, responsabilité), dont d'autres, au contraire, sont plus spéciaux à la jalousie (situation des époux, des enfants, testaments, crimes dits passionnels).

Ce travail est clairement exposé; les observations sur lesquelles il s'appuie sont bien prises et témoignent d'une sagacité clinique peu commune, ce qui n'est point pour nous surprendre, l'auteur dès ses débuts dans la psychiatrie n'ayant cessé d'être à bonne école.

Le mémoire de M. Perpère intitulé : *Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques*, est une étude consciencieuse qui méritait d'être prise en considération par votre Commission. Pour l'auteur, les paralytiques généraux présentent rarement le syndrome tabétique; dans la majorité des cas, les troubles tabéto-formes apparaissent avant les troubles cérébraux, mais ne les devancent ordinairement que de quelques années. Cliniquement, le syndrome tabétique des paralytiques généraux est représenté : a) soit par les symptômes ordinaires du tabes en groupement suffisant; b) soit par des symptômes de sclérose combinée; c) soit par des signes tabétiques vagues et incertains.

Dans le premier cas, ni la nature des symptômes, ni leur évolution ne permettent de séparer ce syndrome du tabes classique; pour les deux autres cas, le diagnostic du tabes doit être réservé. Au point de vue anatomique, selon l'auteur, les lésions en rapport avec le syndrome tabétique chez les paralytiques généraux peuvent se présenter sous trois aspects : a) lésions ordinaires du tabes; b) sclérose combinée postéro-latérale, pouvant être considérée comme tabes combiné; c) myélite diffuse très différente du tabes, dépassant plus ou moins les limites des cordons postérieurs. Ce travail se termine

par d'intéressantes considérations touchant les troubles mentaux des tabétiques et la pathogénie des associations tabéto-paralytiques.

Avec le travail de M. Vurpas : *Contribution à l'étude des délires systématisés*, nous quittons le solide terrain de la clinique mentale et de l'anatomie pathologique pour entrer dans le domaine encore incertain de la psychologie expérimentale.

Il résulte des recherches et des observations poursuivies par l'auteur avec M. Vaschide :

1° Qu'une activité mentale et polarisée peut être la source de troubles psychopathiques;

2° Que ces troubles sont de quatre ordres, donc quatre formes de délire : *A.* Délire par introspection somatique quand l'introspection est dirigée sur l'état somatique du sujet ; *B.* Délire par introspection mentale, quand l'introspection est dirigée sur l'état mental du sujet ; *C.* Délire par extrospection quand l'introspection a fait place à une extrospection exagérée et que le sujet porte toute son attention sur les faits et gestes de son milieu social ; *D.* Délire de métaphysique quand le sujet se perd dans la recherche des raisons et des causes de tous les phénomènes.

MM. Vaschide et Vurpas disent avoir été les premiers à ériger en système cette interprétation des paranoïas chroniques survenant le plus souvent chez des dégénérés. Il y aurait là, d'après eux, matière à construction pour tout un système psychologique et même philosophique, soit chez les sujets normaux, soit dans certaines classes de malades relevant de la psychiatrie, système dont le délire par introspection ne fait qu'esquisser les grands jalons.

En résumé, Messieurs, parmi les mémoires qui ont été jugés dignes d'être retenus par votre Commission, il en est deux qui présentent un intérêt tout particulier, quels que soient les mérites respectifs des autres travaux examinés : ce sont les mémoires de MM. Häuser et Parant. Nous venons de vous dire quelles sont les qualités propres à chacun de ces ouvrages. Votre Commission aurait désiré les classer *ex-æquo*, l'un au titre neurologique, l'autre au titre psychiatrique. Mais malheureusement le prix Moreau (de Tours) ne saurait être

divisé, et dans ces conditions, nous sommes dans l'obligation de vous demander une victime. Laquelle? Votre Commission a pensé que bien que dans son texte le prix Moreau (de Tours) fut destiné à récompenser un travail relatif aux maladies *mentales et nerveuses*, dans l'esprit de l'auteur de la *Psychologie morbide*, et d'après les traditions de la Société médico-psychologique, il convenait de préférer, à égalité de titres, le mémoire relatif à l'aliénation mentale proprement dite, à celui purement neurologique.

En conséquence, nous vous proposons d'accorder le prix Moreau (de Tours) à M. Parant, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 1, et de décerner une mention très honorable à M. Hauser, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 2.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées; M. Parant est proclamé lauréat du prix Moreau (de Tours), et une mention très honorable est décernée à M. Hauser.

#### *Rapport de la Commission du prix Semelaigne.*

M. ARNAUD. — Messieurs, votre Commission, composée de MM. Semelaigne, Vallon, Klippel, Pactet et Arnaud, rapporteur, m'a chargé de vous rendre compte des résultats du concours pour le prix Semelaigne.

Un seul mémoire nous a été présenté. Le sujet proposé était l'*histoire de la paralysie générale*, et il semble que les concurrents aient été effrayés, tout au moins découragés, par les difficultés de la tâche. C'est qu'en effet un tel sujet est difficile et ingrat. La paralysie générale a été fort étudiée, depuis plus de trois quarts de siècles; sa bibliographie est véritablement énorme. Dans l'impossibilité de tout citer, il fallait cependant ne rien négliger d'essentiel, soit parmi les travaux qui ont vraiment constitué la clinique, l'anatomie pathologique et ce que nous présumons de l'étiologie de la paralysie générale, soit parmi les travaux, moins importants, qui ont introduit dans l'étude de ces questions des aperçus nouveaux, des détails complémentaires. Ce choix fait, et à grand peine, il fallait ensuite, pour échapper à de continuelles redites et à une obscurité

décourageante tant pour l'auteur que pour le lecteur, il fallait de toute nécessité adopter un mode de groupement des matériaux, un classement, un véritable plan. Suivre rigoureusement la chronologie, c'était masquer, en l'interrompant à chaque instant, le développement des idées et des doctrines, c'était faire une œuvre confuse et sans profit. La nécessité s'imposait, sans toutefois prendre avec la chronologie de trop grandes libertés, d'adopter un ordre logique, permettant de dégager de la succession des faits quelques données directrices.

Votre Commission estime que l'auteur du mémoire a très honorablement résolu ces multiples difficultés. Il a divisé son sujet en trois parties : les *symptômes*, les *lésions*, les *causes*. Et, dans chacune de ces parties, il s'est appliqué à montrer dans la chronologie l'évolution logique des idées.

A propos de la clinique, il expose avec clarté les étapes successives qui ont abouti à la conception actuelle de la paralysie générale. Esquirol et ses élèves la considéraient comme une complication terminale des folies chroniques, au même titre « que le scorbut et la phtisie ». Bayle en fait, au contraire, une maladie distincte, autonome, progressive, évoluant en trois périodes, et caractérisée par une double série de symptômes : *troubles moteurs* et *troubles psychiques* ; il met bien en valeur le délire mégalomane ; il décrit à la maladie des lésions particulières, et il la dénomme *arachnitis* ou *méningite chronique*. C'est la doctrine *unitaire* de la paralysie générale, que soutiennent et complètent Parchappe, J. Falret, Foville et beaucoup d'autres.

Cette théorie paraît insuffisante à Baillarger, qui propose une théorie *dualiste*. La maladie décrite par Bayle serait, d'après Baillarger, une combinaison de deux affections distinctes : l'une, essentielle, progressive, incurable, c'est la *démence paralytique* ; l'autre, accessoire, caractérisée par un délire de formule variable, c'est la *folie congestive*, qui peut fort bien guérir. Souvent associées, ces deux maladies peuvent se rencontrer à l'état d'isolement ; la démence paralytique simple, sans complication de folie congestive, serait surtout fréquente chez la femme. Dans la doctrine dualiste, la folie congestive, quand elle complique la démence

paralytique, est toujours un élément accessoire, la démence restant l'élément principal de la combinaison ; c'est le point de vue d'Esquirol retourné.

La conception de la folie congestive est abandonnée aujourd'hui, mais il reste quelque chose des idées de Baillarger : la paralysie générale est considérée comme une *démence primitive*, souvent compliquée de délire, mais pouvant évoluer sans délire ou avec un délire très restreint.

Avec la doctrine des *pseudo-paralysies générales*, l'unité de la maladie a été de nouveau remise en question, non plus du point de vue clinique, mais du point de vue étiologique. De nombreux auteurs ont admis que la maladie de Bayle est non une affection autonome mais un grand syndrome clinique, dépendant de causes multiples. Mais, ici encore et par un nouveau retour, on semble revenir à l'unité étiologique, puisque la paralysie générale est de plus en plus considérée comme d'origine, sinon de nature, exclusivement syphilitique.

Un long chapitre du mémoire est consacré à l'étude des *lésions macroscopiques et microscopiques* : lésions du cerveau, lésions de la moelle, lésions des nerfs périphériques. Ce chapitre se termine par un bon résumé des différentes opinions émises par les auteurs sur les rapports de la paralysie générale et du tabès, les uns admettant qu'il y a combinaison de deux maladies, les autres, et c'est l'opinion qui prévaut actuellement, pensant qu'il s'agit d'un processus de même nature et de même origine, mais pouvant débiter et se localiser de préférence dans le cerveau ou dans la moelle.

En ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie, les recherches modernes ont pris une très grande importance, les matériaux s'accumulent en très grand nombre. L'auteur du mémoire a soigneusement coordonné tous ces travaux, tant français qu'étrangers, qui, par leur ensemble, ont progressivement abouti à la théorie infectieuse de la paralysie générale, à peu près universellement adoptée aujourd'hui.

Dans ces dernières années, de nombreuses études, inaugurées par MM. Widal, Sicard et Ravaut, ont eu pour objet l'examen histologique du liquide céphalo-rachidien dans le tabès et dans la paralysie générale.

Bien qu'elles n'aient pas encore donné tout ce que l'on est en droit d'en attendre, ces études sont une contribution précieuse à la fois au diagnostic et à la pathogénie; nous les trouvons brièvement mais complètement indiquées dans un paragraphe sur le « Cytodiagnostic de la paralysie générale ».

Le *traitement* constitue le chapitre le plus attristant, et comme la partie hontense de l'histoire de la paralysie générale; il ne compte que de misérables échecs. Depuis quelque temps, cependant, et sous l'influence des idées dominantes sur la fréquence étiologique de la syphilis, le traitement mercuriel intensif est en grande faveur, et déjà plusieurs cliniciens ont annoncé des résultats vraiment encourageants. C'est par l'analyse de ces efforts et sur cette perspective relativement consolante que se clôt ce mémoire, dont je n'ai pu que vous indiquer les grandes lignes.

C'est une œuvre qui représente un labeur considérable. Elle montre que l'auteur possède des connaissances étendues et bien classées en pathologie mentale, qu'il a une réelle expérience clinique, au moyen de laquelle il sait se guider judicieusement à travers les textes. Si l'exposé est parfois un peu sommaire et, parfois aussi, la forme un peu négligée, la faute en est moins à l'auteur qu'à l'extrême abondance des matériaux à utiliser et à la crainte de faire trop long. Tel qu'il est, ce travail a été jugé par votre Commission digne de la récompense qu'ambitionne son auteur, et elle vous propose de lui attribuer le prix Semelaigne.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées. Le prix est décerné à M. le Dr VIGNAUD, médecin-adjoint de la Maison de santé de Vanves (Seine).

Le sujet proposé pour le prix Semelaigne, de la valeur de 500 francs, à décerner en 1905, est le suivant : *Des sorties provisoires à titre d'essai, au point de vue administratif, médical et législatif.*

*Rapport de la Commission du prix Belhomme.*

M. NAGEOTTE. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Bourneville, Magnan, Séglas, Sollier et Nageotte, rapporteur, afin d'examiner les mémoires présentés au concours pour le prix Belhomme. Le sujet était pour cette année : « Du sens de l'ouïe chez l'idiot ». Un seul concurrent s'est présenté ; son mémoire porte pour épigraphe cette phrase de Séguin : « La faculté musicale est le propre des idiots caractérisés. »

Dans une première partie, intitulée « l'Organe », l'auteur de ce mémoire expose quelques considérations générales sur le sens de l'ouïe et sur la définition de l'idiotie ; puis il recherche quelles sont les modifications de l'organe auditif que l'on peut rencontrer chez les idiots. Toute cette partie du mémoire est faible ; on sent que l'auteur manque des notions scientifiques nécessaires pour mener à bien une étude anatomique ; il se borne à étudier les déformations du pavillon de l'oreille et semble oublier qu'il existe, au-dessus de l'organe périphérique de l'ouïe, tout un appareil destiné à recevoir, élaborer et conserver les impressions fournies par cet organe. L'étude anatomique de l'appareil nerveux de l'audition chez l'idiot aurait été autrement intéressante et instructive que celle du pavillon de l'oreille ; il faut dire aussi qu'elle aurait été singulièrement plus difficile à faire ; il n'en faut peut-être pas demander autant à un auteur qui, dans le reste de son mémoire, a montré qu'il connaît bien l'idiot au point de vue pratique et qu'il sait comment s'y prendre pour l'éduquer.

La deuxième partie du mémoire vaut, en effet, beaucoup plus par les notions pratiques qu'elle contient que par les considérations psychologiques qui y sont développées. L'auteur étudie successivement la sensation et la perception auditives ; il montre que les idiots remarquent surtout les bruits qui éveillent chez eux l'idée de nourriture et qu'ils ne s'inquiètent pas beaucoup des autres bruits, même violents, et capables d'effrayer des enfants normaux ; la musique provoque chez la plupart d'entre eux des émotions intenses, variables avec la

nature de l'air entendu et susceptibles d'être utilisées par l'éducateur ; mais la parole humaine non chantée est l'espèce de sons qui intéresse le moins les idiots. Toute la fin de cette deuxième partie est l'exposé très détaillé et bien compris du rôle de l'audition dans la méthode médico-pédagogique en usage dans le service de M. Bourneville, avec de nombreux exemples à l'appui. Sept observations personnelles et une empruntée à Leuret terminent le mémoire.

En faisant abstraction des imperfections signalées et en tenant compte des très réelles qualités cliniques et pédagogiques dont a fait preuve l'auteur de ce mémoire, votre commission vous propose de lui décerner le prix Belhomme.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées. Le prix est décerné à M. BOYER, ancien instituteur à l'asile-école de Bicêtre, professeur à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.

Le sujet proposé pour le prix Belhomme, de la valeur de 900 francs, à décerner en 1905, est le suivant : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile.*

### Un cas de paralysie générale de longue durée,

par MM. G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND.

La durée habituelle de la paralysie générale varie de trois à six ans ; c'est du moins la durée que l'on considère comme classique. Il est admis cependant que dans certains cas, la marche de la maladie peut être très lente. L'un de nous (1) a déjà signalé cette forme atypique de la paralysie générale survenant chez les héréditaires vésaniques, et Lemaître (2) en a rapporté plusieurs cas. L'observation suivante a trait à un paralytique général qui survécut vingt-trois ans après le

---

(1) G. Doutrebente. Recherches sur la paralysie générale progressive, *Thèse de Paris*, 1870, p. 58.

(2) Lemaître. Paralysie générale de longue durée, *Thèse de Paris*, 1873.



début présumé de l'affection. L'examen histologique a confirmé le diagnostic.

G..., Etienne, âgé de vingt-sept ans, employé de commerce, entre le 1<sup>er</sup> septembre 1875 à l'asile Sainte-Anne dans le service du D<sup>r</sup> Bouchereau. Il y est envoyé par le D<sup>r</sup> Peter dans le service duquel il était soigné. A son arrivée à l'asile, on constate chez G... de l'affaiblissement intellectuel avec incohérence dans les idées, de l'inégalité pupillaire. Le 4 septembre 1875, le malade est transféré à Ville-Evrard dans le service du D<sup>r</sup> Dagron qui fait le diagnostic de paralysie générale au début. G... est enfin transféré le 27 mai 1876 à l'asile de Blois; le diagnostic de paralysie générale est confirmé par le D<sup>r</sup> Guérineau.

Dès les premières années de son internement, le malade présente une rémission de longue durée pendant laquelle il s'occupe à la cuisine de l'asile. Comme symptômes, l'affaiblissement intellectuel, l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire persistent mais restent stationnaires. Le malade raconte alors qu'il a contracté la syphilis en 1869, et qu'il a suivi à cette époque un traitement mercuriel pendant un temps très court.

Cette rémission persiste jusqu'en mars 1897. G... a une attaque épileptiforme caractérisée par les symptômes suivants : perte de connaissance, mouvements toniques et cloniques, gâtisme, coma. Après cette attaque, G.... reste complètement inconscient et gâteux. Les troubles de la parole sont très accusés; la parole est lente et presque inintelligible; le malade semble avoir de la bouillie dans la bouche. L'affaiblissement intellectuel est tel que le malade ne se souvient d'aucune date. Cet état persiste pendant deux mois.

Au mois d'août, nouvelle rémission. Le malade ne gâte plus. La mémoire est revenue sur certains points; de nouveau, le malade demande à s'occuper. Les réflexes rotuliens sont alors très exagérés.

Cette nouvelle rémission persistait quand, au mois de septembre 1898, le malade perd subitement connaissance, tombe dans le coma et meurt en quelques minutes.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

*Thorax.* Les poumons sont congestionnés. Le poumon droit présente quelques adhérences en avant, le poumon gauche à la base.

Le cœur est normal. La crosse de l'aorte présente des lésions athéromateuses; coronarite accentuée.

*Abdomen.* L'estomac est dilaté; le foie a l'aspect du foie muscade; la rate est normale. Les reins paraissent normaux extérieurement. A la coupe, foyers de sclérose corticale.

*Crâne.* A l'ouverture du crâne, il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. La calotte crânienne s'enlève sans difficulté; les méninges sont congestionnées. A la base du cerveau, on trouve de nombreux caillots sanguins dus à la rupture du tronc basilaire. L'épanchement a envahi le quatrième ventricule. Le tronc basilaire est couvert de plaques d'athérome calcifiées; on en rencontre également sur les sylviennes; la lumière de ces vaisseaux est très rétrécie par endroits.

Les méninges adhèrent au cortex, surtout au niveau de la surface libre des circonvolutions. Après décortication, les circonvolutions présentent des érosions et un piqueté hémorragique surtout abondant au niveau des lobes temporaux et pariétaux.

Sur les coupes de Pitres, pas de lésions localisées. Congestion du cortex; les ventricules latéraux sont dilatés.

*Examen histologique.* Les régions examinées sont celles qui présentaient les lésions les plus accentuées, c'est-à-dire le pli courbe gauche et le lobe temporal gauche.

Les méthodes de coloration employées sont les suivantes: les méthodes de Van Gieson, de Weigert-Pal, de Forel, la coloration par le picro-carmin.

*Méninges.* Les méninges très épaissies contiennent de nombreuses cellules rondes; les vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang.

*Cortex.* Les cellules nerveuses sont atrophiées et pigmentées; les espaces péri-cellulaires sont élargis et contiennent des noyaux névrogliques et des globules blancs. Les noyaux des cellules se colorent mal.

Les fibres myéliniques sont diminuées de nombre; les fibres tangentielles ont totalement disparu; la strie de Baillarger est peu apparente sur les coupes; les fibres radiaires et interradiaires sont également moins nombreuses que normalement.

La névroglie présente une prolifération accentuée aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche. Dans la couche moléculaire, sa prolifération est telle que, sur les coupes colorées au picro-carmin ou par la méthode de Van Gieson, cette couche paraît plus foncée que les autres parties du cortex, alors que, normalement, cette couche vue à un faible grossissement, paraît moins colorée que les autres couches du cortex. La prolifération névroglique consiste surtout en l'abondance de grosses cellules névrogliques. Les prolongements des cellules sont très épaissis. La bordure névroglique du cortex est beaucoup plus fournie en fibrilles que normalement.

Les vaisseaux et principalement les petits vaisseaux du cortex sont entourés de nombreuses cellules rondes; leurs parois

présentent par places de la dégénérescence hylaoïde ; le calibre des vaisseaux est irrégulier et souvent moniliforme. Les mêmes lésions se retrouvent dans les vaisseaux de la substance blanche.

En résumé, les lésions sont celles de la paralysie générale associée à l'athéromasie cérébrale ; la prolifération du tissu névroglique dans la couche moléculaire, ordinaire dans la paralysie générale, est si considérable dans notre cas qu'il y a peut-être lieu de l'attribuer à la longue durée de la maladie.

### DISCUSSION

M. DUPRÉ. — L'observation de M. Dourebente est d'autant plus intéressante que je ne connaissais pas de cas de mort dans la paralysie générale par hémorragie du tronc basilaire.

M. VALLON. — Les cas de paralysie générale de longue durée sont moins rares qu'on ne le suppose et j'en ai dans mon service qui datent de dix ou douze ans. Un de ces cas même a été cité dans la thèse de M. Arnaud, il y a une quinzaine d'années. Il me semble avoir constaté que les paralytiques généraux qui vivent longtemps sont ceux qui engraisissent.

### Observation de corps étrangers de l'intestin chez un aliéné,

par MM. VIGOUROUX et J. CHARPENTIER.

MM. Vigouroux et J. Charpentier communiquent l'observation d'un malade déjà entré dans la démence, ayant ingéré une quantité considérable de cailloux, et chez lequel lesdits cailloux, amassés dans l'ampoule rectale, durent être extraits sous le chloroforme.

Il s'agit d'un nommé P..., âgé de trente-cinq ans, qui, à son entrée à l'asile de Vaucluse, le 3 novembre 1902, nous apparut comme atteint de dépression mélancolique avec mutisme, préoccupations mystiques et idées de persécution.

Dans la suite de son séjour à l'asile, il sembla tomber

dans la démence, ne paraissant comprendre en rien ce qu'on lui disait.

Il se promenait seul, muet et sombre, dans la cour du quartier et personne n'avait remarqué qu'il avalait des cailloux, lorsqu'un jour il fut pris de coliques et de diarrhée.

Il fut alité et, un matin, l'infirmier chargé de prendre sa température rectale fut surpris de sentir le thermomètre buter contre un obstacle résistant à peu de distance de l'anus. Aussitôt, il introduisit un doigt dans le rectum du malade et fut surpris de le trouver bourré de cailloux.

Le malade souffrait pendant les efforts de défécation, et ceux-ci, du reste, restaient sans résultat.

Au toucher rectal on sentait, en effet, le rectum littéralement bourré de ces corps étrangers.

Des lavements, le doigt introduit dans le rectum, ne purent donner issue qu'à quelques cailloux. Nous résolûmes d'agir sous le chloroforme. Nous pûmes alors extraire facilement 266 cailloux. Les jours suivants, le malade en expulsa de lui-même 188 autres. Ils forment donc un total de 454. Leur masse entière tient dans ces deux flacons d'une contenance totale de 360 centimètres cubes et pèse 500 grammes. Ce sont les cailloux ordinaires des cours de l'asile, avec en plus, quelques petits morceaux de verre.

Il est vraisemblable que l'ingestion de ces corps étrangers s'est faite à de nombreuses reprises et a duré très longtemps. Peut-être furent-ils, pendant un certain temps, expulsés au fur et à mesure de leur ingestion, enrobés dans les matières fécales. Alors, une diarrhée survint pour une cause quelconque qui précipita presque tous les cailloux dans l'ampoule rectale et, supprimant leur enrobage dans les matières fécales, empêcha leur expulsion spontanée. C'est du moins, pour nous, l'hypothèse la plus vraisemblable.

Telle est l'observation qui nous a paru digne d'être présentée à la Société. Elle nous a semblé intéressante à deux titres :

Tout d'abord, elle met en relief une fois de plus la tolérance extraordinaire du tube digestif. D'après certains auteurs, cette tolérance serait particulièrement

prononcée chez les aliénés et due à l'obtusion de la sensibilité viscérale. Le fait est que les voies digestives des aliénés ont été le lieu de rendez-vous des corps les plus bizarres : couteaux, pieds de marmite, morceaux de bois, de fer, etc. On a vu un homme avaler, dans un but de suicide, sept morceaux de bois de quatre ponces et demi d'épaisseur, sans parvenir à se tuer. Il se pendit et l'on trouva ces énormes fragments dans l'estomac. Incroyable aussi est l'histoire de cet aliéné, observé dans un asile anglais, dans l'estomac duquel on trouva plus de 1.000 clous de souliers sur 1841 corps qu'il contenait. « Le peu de confiance qu'on accorde aux paroles des fous, dit Poulet (1), auquel nous empruntons ces faits, a souvent fait méconnaître des accidents de ce genre, et l'on n'a reconnu qu'à l'autopsie la vérité de leurs assertions, qui étaient en désaccord complet avec leur état. » Et il cite à l'appui de cette remarque l'observation suivante :

Chopart (2) raconte que le poète Gilbert, devenu fou, fut traité pour ce fait à l'Hôtel-Dieu de Paris. En raison de son état mental, on n'ajouta pas foi au récit qu'il fit de l'introduction dans sa gorge de la clef de sa chambre. Il mourut peu de temps après et l'on trouva la clef dans l'œsophage, l'anneau situé en bas et le pauneton accroché sur les cartilages aryténoïdes, dont les parties molles étaient enflammées et ulcérées.

Voilà pour le côté chirurgical. Au point de vue mental, notre observation nous a suggéré certaines réflexions. Certes, les cas de corps étrangers de tous les conduits naturels sont monnaie courante, pour ainsi dire, dans nos asiles, et il n'est certainement pas un des membres de cette Société qui n'ait présents à la mémoire au moins plusieurs cas de ce genre, personnellement observés. Mais il nous a paru intéressant, à propos de notre observation, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur tous ces cas où l'introduction des corps étrangers est le fait du malade lui-même. Un grand nombre concernent des enfants; nous n'en parlerons

---

(1) *Traité des corps étrangers en chirurgie*, Paris, 1879.

(2) Chopart. *Traité des voies urinaires*, t. II, p. 131.

pas, bien qu'à certains égards un rapprochement pourrait être tenté entre leur état mental et celui de certains déments.

Nous rencontrons ensuite les corps étrangers dans un groupe d'états qui, bien que ne ressortissant pas directement à l'aliénation mentale, s'en rapprochent cependant grandement. Nous voulons parler de l'ivresse et du délire fébrile.

Les cas de corps étrangers introduits dans les voies digestives pendant l'ivresse se comptent par centaines. Nous n'en citerons que deux :

Hévin rapporte que des gardes du roi, après une orgie où l'on but beaucoup, brisèrent leurs verres et en avalèrent les morceaux, ce dont ils moururent.

Sonnié-Moret (1) cite le cas d'un Anglais qui avait avalé à différentes reprises, étant ivre, une grande quantité de couteaux de poche ; il en rendit plusieurs par l'anus et mourut se plaignant de douleurs très vives à l'estomac. Le fer des couteaux était très altéré ; une lame avait traversé le côlon et faisait saillie dans le péritoine ; d'autres avaient traversé le rectum et pénétré dans les muscles du bassin.

Les cas de corps étrangers introduits pendant le délire fébrile sont plus rares. En voici cependant une observation.

Sonderland de Barmen (2) rapporte le fait d'une jeune fille de vingt-deux ans qui, dans le délire de la fièvre typhoïde, avala deux fourchettes en fer, lesquelles sortirent par suppuration du bas-ventre.

Enfin, il reste le grand groupe des aliénés proprement dits que nous rangerons, au point de vue spécial qui nous occupe, en cinq catégories :

- 1° Les aliénés qui obéissent à des idées de suicide ;
- 2° Les aliénés érotomanes ;
- 3° Les hallucinés ;
- 4° Les fous moraux ;
- 5° Les déments et les idiots.

La première est donc celle des aliénés qui s'introdui-

---

(1) *Archiv. gén. de Méd.*, 1835.

(2) *Neue Jahrbücher der deutschen Medizin und Chirurgie*, 1823.

sent des corps étrangers le plus souvent dans les voies digestives, dans un but de suicide. C'est dans cette classe que se rencontrent peut-être les cas les plus extraordinaires.

Tel est le cas rapporté par Sonnié-Moret (1) de cette femme qui, pour en finir avec la vie, s'était introduit les corps étrangers les plus bizarres dans presque tous les orifices naturels, par la bouche, le pharynx, le rectum. En particulier, elle avait au moment de sa mort un petit paquet de fils de fer dans l'urètre et un compas ouvert dans le vagin. Rappelons ici le cas que nous avons cité plus haut de cet homme qui tenta de se suicider en avalant des morceaux de bois. Les cas de malades avalant des épingles ou des aiguilles pour se donner la mort sont très communs.

Certains malades, toujours dans le même but, ont introduit dans leur urètre des tubes métalliques pleins de poudre et y ont mis le feu au moyen d'une petite mèche.

Vient ensuite la catégorie des aliénés érotomanes, avec laquelle nous entrons complètement dans l'histoire des corps étrangers du rectum, de la vessie ou de l'urètre. Rappelons rapidement qu'on a trouvé dans l'urètre des haricots, des épingles à cheveux et dans le rectum jusqu'à des bouteilles tout entières.

Plus intéressante est la catégorie des aliénés qui s'introduisent des corps étrangers dans certains conduits naturels pour échapper à leurs hallucinations. Il s'agit le plus souvent de corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe : c'est du papier, des chiffons, du coton, du mastic, que des malades mettent dans leurs oreilles pour ne plus entendre la voix de leurs persécuteurs.

On a vu des femmes bourrer leur vagin de papier pour échapper à des attentats imaginaires. M. Séglas a observé des hallucinés moteurs se remplissant la bouche de cailloux pour empêcher leur langue de prononcer des mots malgré eux.

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1835.

Dans une quatrième catégorie se rangent les malades atteints de folie morale.

Ceux-là ont recours à l'introduction de corps étrangers dans leurs voies naturelles pour attirer l'attention sur eux et même pour créer des embarras au médecin. C'est pour eux un moyen de revanche, de représailles contre le médecin qui leur refuse la liberté.

Parmi ces fous se rencontrent souvent des hystériques, et les cas en sont innombrables, qui, pour se rendre intéressantes, avalent des épingles ou des aiguilles.

Nous arrivons enfin à une dernière catégorie d'aliénés, ceux-là déments ou idiots, qui, de même qu'ils chiffonnent et amassent dans leurs poches toutes sortes d'objets sans valeur, avalent tout ce qui leur tombe sous la main sans but bien déterminé.

Cette classe comprend, outre les déments paralytiques qui avalent par gloutonnerie des biftecks entiers, des os de ragoût, etc., les déments ordinaires et les idiots qui portent à leur bouche, comme les enfants, tout ce qu'ils ont dans la main et chez lesquels cette pratique devient parfois une habitude incoercible analogue à l'onychophagie. C'est parmi eux que doit prendre place notre malade. En parcourant les observations, nous lui trouvons de nombreux prédécesseurs. Ici, c'est un jeune idiot qui mâche continuellement des enveloppes de graines de cacao et chez lequel ces membranes végétales amassées amènent un jour une obstruction intestinale mortelle (1). Là, c'est un forçat hypocondriaque qui avalait fréquemment une assez grande quantité de graviers, des boutons, etc., et à l'autopsie duquel on trouva dans l'estomac vingt-sept morceaux de bois, dont l'un avait 19 pouces de long sur 1 de large, deux cuillers d'étain, une entière, l'autre rompue, deux fragments de verre, des portions d'entonnoir de fer-blanc, de pipe, de l'étain, des clous, des noyaux, du cuir, le tout pesant 1 livre 10 onces 1/2 (2). Mais l'observation de ce genre la plus intéressante est due à Achille

---

(1) *Langdon Down Transact. of the patholog. Society*, 1868.

(2) *Arch. gén. de méd.* 1835. Sonnié-Moret.



Foville (1). Elle concerne un idiot épileptique qui avait l'habitude de porter à sa bouche toutes sortes d'objets; souvent dans le jardin de l'asile de Quatre-Mares où il était interné, on était obligé de lui ôter des cailloux qu'il mettait dans sa bouche et qu'il aurait pu avaler. Un jour, trompant la surveillance des infirmiers, il avala un jeu de vingt-cinq dominos tout entier, et, chose plus extraordinaire, le rendit spontanément par les voies naturelles, sans aucun accident, sans même aucune douleur.

Tels sont, rapidement passés en revue, les différents aliénés qui s'introduisent des corps étrangers dans les voies naturelles.

Nous nous sommes maintenus exclusivement sur le terrain de la médecine mentale et nous avons à dessein passé sous silence les mauvais plaisants, les fanfarons, les parieurs, bien que souvent ces individus soient des dégénérés, sur la frontière de la raison et de la folie.

#### DISCUSSION

M. TOULOUSE fait remarquer la tolérance de l'appareil digestif pour les menus objets tels qu'épingles, aiguilles. Récemment, dans son service, une jeune fille ayant avalé une épingle la rendit le soir même sans la moindre douleur. Le lendemain, pareil fait se reproduisit chez une épileptique qui avala une épingle par esprit d'imitation et de même la rendit sans douleur.

Depuis de récents travaux il semblerait qu'il existe de la part de l'estomac une sorte de mouvement de défense approprié. Au contact du corps étranger, la muqueuse stomacale formerait hernie extérieure englobant la pointe du corps étranger. La muqueuse intestinale agirait de même, ce qui expliquerait l'absence de douleur pendant le trajet et pendant l'expulsion du corps étranger.

M. GIRAUD. — Les corps étrangers avalés par les aliénés sont très variés, et donnent lieu à des phéno-

---

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* Mai 1874.

mènes variables. J'ai, l'année dernière, observé deux cas curieux. Une mélancolique avait avalé un paquet d'aiguilles. Quelques jours après elle commença à rendre des aiguilles par l'anus ; d'autres aiguilles furent rendues les jours suivants, également par l'anus. Toutes ces aiguilles avaient cheminé à travers le tube digestif, les unes plus vite, les autres moins vite, sans déterminer d'accidents ; elles ont été rendues intactes, sans être époinçonnées ni oxydées, simplement bronzées.

Presque en même temps j'avais à observer un cas tout différent. Une démente précoce présentait des symptômes assez étranges. Elle avait cessé de s'alimenter et on provoquait des efforts de vomissements quand on voulait lui faire ingérer des aliments. Elle n'avait pas de fièvre. Deux jours après elle fut prise de stomatite et elle fit la confidence qu'elle avait avalé un morceau de verre. Le chirurgien appelé ne constata par la palpation de l'œsophage aucun indice de corps étranger au niveau du cou, et n'osa pas faire l'exploration avec la sonde dans la crainte d'infecter l'estomac. La stomatite s'amenda rapidement par un traitement local ; mais la malade ne pouvait rien avaler et l'absence d'alimentation devenait grave. Le chirurgien appelé de nouveau se décida à faire une exploration et découvrit au fond du pharynx un fond de verre à boire, qu'il parvint à extraire sans provoquer de délabrements, et la malade put boire quelques instants après.

On a eu autrefois dans les asiles de la Seine-Inférieure des cas bizarres de corps étrangers des voies digestives chez les aliénés.

Sans parler du jeu de dominos avalé en entier par un idiot dans le service de Foville, je puis citer pour Saint-Yon le cas de deux robinets de lavabo avalés par une malade, malgré leur forme recourbée, et rendus par l'anus ; puis le cas d'un serin avalé vivant par une malade. L'oiseau a été digéré, mais la malade a rendu les plumes en prenant un bain.

M. THIVET cite le cas d'un malade ayant avalé une taupe vivante.

M. VALLON. — On pourrait écrire des volumes sur la question. Il cite le cas d'une montre ayant séjourné quinze jours dans les voies digestives et sortie intacte.

Cette montre était plate. Elle avait les dimensions d'une pièce de cinq francs.

M. DUPRÉ fait remarquer, à propos de la classification de MM. Vigouroux et Charpentier, qu'il y aurait intérêt à remplacer le mot *érotomane* par le mot *érotique*, les érotomanes et les érotiques n'étant pas les mêmes malades.

M. VIGOUROUX. — J'accepte volontiers cette rectification.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

BLIN et J.-M. DUPAIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Report of a case of dementia præcox with autopsy* (Un cas de démence précoce avec autopsie); par le D<sup>r</sup> William Rush Dunton jr. Broch. in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, 1903.

Pour apprécier l'intérêt de l'étude clinique et anatomique de M. Rush Dunton, il faut tenir compte de la rareté des examens anatomiques pratiqués dans la démence précoce. L'anatomie pathologique de cette affection est assez peu notable pour que M. Christian n'ait pas cru devoir lui consacrer une mention spéciale dans le travail paru dans les *Annales médico-psychologiques*. Et nous la voyons réduite à peu de chose si nous consultons la monographie de M. P. Sérieux (1), celle de MM. Deny et Roy (2), ainsi qu'une revue générale critique sur l'anatomie pathologique des maladies mentales publiée à l'occasion du jubilé du P<sup>r</sup> Orth par le D<sup>r</sup> E. Meyer (3), de Kiel.

Les lésions macroscopiques décrites par Parchappe, Kahlbaum, Hecker peuvent se résumer en une atrophie parfois très importante de la partie inférieure des hémisphères, intéressant surtout l'écorce; l'atrophie serait précédée par de l'hyperplasie. L'arachnoïde est opaque, l'exsudat prédominant au niveau du lobe frontal et la moelle étant modérément atteinte par cette pachyméningite.

Histologiquement, Marcé avait déjà décrit l'atrophie et la déformation des tubes nerveux, la destruction et la dégénérescence grasseuse des cellules nerveuses dont les connexions sont rompues. Kiernan avait vu une augmentation des noyaux de névroglie; les cellules pyramidales et fusiformes lui ont paru

---

(1) *Revue de psychiatrie*, juin 1902.

(2) Un volume des *Actualités médicales*. J.-B. Baillière, 1903.

(3) *Die pathologische Anatomie der Psychosen*. Kritisches Referat über die seit 1895 erschienenen Arbeiten.

normales, mais des cellules lymphatiques emplissaient les espaces péricellulaires. Depuis lors et grâce à la méthode de Nissl, Alzheimer (1) a décrit une néoformation de la névroglie enserrant les cellules ganglionnaires (*Ganglienzellen*) et limitée à la couche des cellules profondes de l'écorce dans son troisième groupe du délire aigu (celui qui survient au cours de psychoses chroniques ressortissant sans doute à la catatonie). Il a aussi trouvé chez d'anciens catatoniques et hébéphréniques des cellules araignées aussi nombreuses que dans la paralysie générale. Les cellules des couches profondes présentaient une tuméfaction notable de leur noyau dont la membrane était plissée, et un corps cellulaire rétracté en voie de destruction. Pour Nissl, il existe un processus de destruction du noyau. Kraepelin a trouvé des modifications semblables des cellules et de la névroglie qui est en voie de régression et Maschtschenko a vu, surtout dans les circonvolutions frontales, l'atrophie des cellules, la dégénérescence de l'écorce, la prolifération de la névroglie.

Enfin, il faut signaler que le liquide céphalo-rachidien ne renferme ni lymphocytes, ainsi que l'ont montré MM. Ségas, Nageotte, Dupré, ni albumine pathologique, comme nous l'avons constaté avec M. Guillaïn.

Le malade de M. Rush Dunton est un dément catatonique classique. Sans antécédents héréditaires ni sans autre accident personnel qu'une chute grave survenue six mois auparavant, il tomba tout à coup dans un état de confusion mentale avec craintes d'empoisonnement. Son observation signale des alternatives d'excitation et de dépression, des habitudes stéréotypées, des néologismes, du délire d'opposition alternant avec une grande suggestibilité, des idées de grandeur et des actes impulsifs très fréquents. Pas de signes physiques à remarquer, sinon une exagération des réflexes rotuliens. Le malade tomba rapidement dans la démence et mourut de tuberculose au bout de deux ans et demi.

A l'autopsie, faite huit heures après la mort, l'examen macroscopique ne révèle aucune altération notable du système nerveux. Les préparations histologiques sont, par contre, intéressantes. Dans les circonvolutions frontales, les grandes cel-

---

(1) Alzheimer. Das Delirium acutum. *Monatsschr. f. Psych. u. Neur.* II, 1897, S. 64.

lules montrent parfois une pigmentation commençante; il y a de la chromatolyse centrale ou de la dégénérescence anguleuse; à la périphérie de la cellule, la chromatine est habituellement rassemblée en amas. Beaucoup de ces cellules sont à divers stades de désintégration; leurs prolongements ne sont colorés qu'à une faible distance, mais ont des contours distincts; ils présentent de nombreux traits de fracture. Le noyau est disloqué, gonflé, souvent en forme de croissant; sa membrane est toujours plissée, habituellement distincte, mais à contours souvent irréguliers. La neurophagocytose est fréquente sans avoir l'aspect caractéristique noté par Alzheimer. Sauf exception, la pointe de ces cellules est dirigée vers la périphérie. Les autres couches de cellules présentent de semblables modifications; c'est dans les couches profondes que la névroglie est le plus abondante. Le noyau de la cellule y est central, au contraire de ce qu'on voit dans les deux premières rangées; il y a d'habitude un nucléole. Les capillaires sont quelque peu infiltrés.

Des altérations semblables, mais moins accentuées, sont disséminées dans toute l'écorce. En règle générale les couches profondes sont les plus atteintes. Les cellules motrices présentent à peine quelques modifications. La substance blanche et les vaisseaux ne sont pas lésés.

Les cellules du cervelet sont atteintes, ainsi que la moelle dans la corne antérieure cervicale et lombaire et dans la colonne de Clarke; la névroglie y est en voie de prolifération.

Cette relation est illustrée de bonnes préparations histologiques. Peut-être doit-on regretter que l'auteur n'ait pas étudié l'état du système nerveux périphérique; nos connaissances sur la cause des attitudes catatoniques y auraient peut-être gagné, car il n'est pas démontré qu'elle soit exclusivement centrale.

Cette autopsie est intéressante, car il s'agit d'un cas de démence précoce à forme catatonique typique. Les modifications anatomiques qui y ont été trouvées confirment les données déjà acquises, avec des différences provenant sans doute de l'état de délire aigu dans lequel sont morts les malades d'Alzheimer. Et d'autre part, la tuberculose cause immédiate de la mort n'étant pas en cause, puisque l'auteur remarque qu'il n'a pas trouvé les altérations nerveuses notées dans cette maladie, nous pouvons espérer avec M. Rush Dunton que des examens histologiques nouveaux confirmant celui-ci pourront servir à préciser les lésions de la démence juvénile; cette

maladie si fréquente, comme le fait remarquer M. Christian, aura peut-être alors des limites définies que la conception de Kraepelin ne lui a pas encore données.

VICTOR PARANT fils.

---

*Das paginas de psiquiatria criminal* (Quelques pages de psychiatrie criminelle); par le D<sup>r</sup> José Ingegnieros. — Buenos-Aires, 1900.

Le fou criminel a, de tout temps, appelé l'attention des criminalistes, des psychiatres et des médecins légistes, et, cependant, il faut reconnaître, aussi, qu'il n'a jamais fait l'objet d'une étude sérieuse et complète, en dépit des nombreuses monographies le concernant; presque tous les problèmes qu'il soulève attendent encore une solution scientifique définitive. L'ambition de l'auteur serait d'apporter dans l'étude de la question sa part d'expérience et de lumière.

Qu'est-ce qu'un dégénéré? C'est — disent Sergi et Tonini — un individu, victorieux ou non dans la lutte pour l'existence, qui, par ses imperfections natives ou la décadence provoquée de ses moyens psychiques, devient inutile ou nuisible à la société. La dégénérescence, non plus que la folie, ne saurait exister en soi et ne nous est connue que par ses expressions, « formes aberrantes de la personnalité humaine ». Celles-ci, sans être toujours nettement caractérisées, peuvent, cependant, se ranger autour de quatre types à différenciation suffisante : dégénérescences héréditaires; dégénérescences acquises; régressions ataviques; monstruosité. La folie et la criminalité sont des anomalies dégénératives : la première relève quasi constamment de l'hérédité; pour la seconde, ses adeptes nous révèlent, les uns (congénitaux) les stigmates de l'atypie atavique et de la déchéance héréditaire, les autres tous les signes de la dégénérescence acquise. Ceci reconnu, à plus forte raison serait-il logique de considérer l'aliéné criminel, lui aussi, comme un être dégénéré.

Faisant abstraction de l'acte criminel et considérant les seuls facteurs organiques connexes à l'étiologie de la folie et à la perpétration du délit, cinq cas peuvent se présenter : 1° un individu peut être porteur d'une anomalie localisée dans la sphère intellectuelle : c'est un fou; 2° un autre peut avoir son

anomalie cantonnée dans la sphère morale : c'est un criminel ; 3° un troisième peut être grevé intellectuellement et moralement à la fois : c'est un fou et un criminel ; 4° l'homme intellectuellement anormal peut être affecté d'un défaut latent dans la sphère morale, ou bien la première tare peut, chez lui, réagir sur la seconde dont elle rompt l'équilibre : c'est là un fou criminel ; 5° un sujet atteint surtout dans la sphère morale peut receler une défectuosité intellectuelle, ou bien la première tare peut réagir sur la seconde dont elle rompt l'équilibre : c'est là un criminel aliéné. Les trois derniers cas, surtout, montrent combien différente peut être l'étiologie organique du crime, chez des individus étudiés, pourtant, en criminologie, comme formant un groupe homogène et défini. Il y aurait donc lieu de procéder à une nouvelle classification psychiatrique des criminels : c'est ce que tente l'auteur, en se basant non sur les causes du délit, mais sur l'association entre les facteurs organiques propres au criminel et ceux résultant du milieu cosmique et social, association constituant la criminalité. Le premier groupe est celui des Individus portés au crime par une anomalie de la sphère morale, soit congénitale (criminels-nés ou fous moraux), soit acquise (criminels d'habitude). La deuxième classe comprend les Individus poussés au crime par une anomalie de la sphère intellectuelle : congénitale (criminels par folies congénitales) ou acquise (criminels par folies toxiques, par obsession politique, etc.). La troisième catégorie est celle des Individus entraînés au crime par une défectuosité dans la sphère volitive : congénitale (criminels impulsifs nés) ou acquise (criminels d'occasion). De là, cette conception, beaucoup plus moderne et beaucoup plus juste, à substituer à la vieille autant que fausse notion du libre arbitre et de la responsabilité sur laquelle roule tout entier le droit pénal : il n'existe pas des aliénés criminels ou non criminels ; il existe des aliénés dangereux ou non dangereux ; un fou peut n'avoir pas été coupable, par le fait d'une réclusion survenue à temps, qui sera, cependant, très redoutable ; un autre peut, au contraire, avoir fauté sous l'influence d'un délire déjà disparu et n'être plus qu'un sujet inoffensif, laborieux, utile même. Le juriste verra, dans le premier, un simple malade justiciable tout au plus de la camisole, dans le second, un « fou criminel » à tenir rigoureusement en chartre ; l'aliéniste en jugera tout autrement.

Aussi, abandonnant le concept arriéré de la peine, du châtiement, qui porte en soi des traces de l'antique vengeance, l'Ecole



positive criminaliste s'efforce d'y substituer l'idée plus juste de défense sociale avec l'amendement du coupable, quand il est possible, et la réparation des torts causés aux victimes ; c'est, en effet, là, la base rationnelle d'un système à la fois coercitif et scientifique.

Les moyens à mettre en œuvre seraient donc : préventifs, réparateurs, répressifs et finalement éliminateurs. Les premiers sont également applicables aux aliénés criminels et aux délinquants en général ; les deuxièmes et les suivants, de même ; il faut songer, cependant, qu'à « la peine selon le délit » il faut substituer « la peine selon l'individu », c'est-à-dire selon les dangers qu'il peut faire courir. Les moyens de la dernière catégorie sont plus particulièrement dignes d'attention, en ce qu'il s'agit ici d'aliénés extrêmement redoutables, parfois, en égard à leur double caractère. Sans recourir à la peine de mort réclamée contre eux par Lombroso, il convient de retrancher ces anormaux de la société ; le moyen de choix sera la réclusion, temporaire ou durable, selon le degré de curabilité du patient. Elle peut revêtir trois formes : *a*, maintien des malades dans les prisons où ils seraient parqués en des quartiers spéciaux ; *b*, création d'établissements particuliers qui offriraient toutes les commodités d'une infirmerie et toute la sécurité d'une geôle ; *c*, placement de l'aliéné dans un asile ordinaire, au milieu de la population commune. De ces trois modes, l'auteur n'accepte complètement aucun ; il reconnaît à tous des inconvénients ; pour lui, le système idéal consiste à réunir les avantages de l'asile général à ceux du manicomie criminel et il préconise « la création d'une section spéciale pour aliénés délinquants, au cœur de l'asile commun ». C'est cette installation qu'a réalisée le D<sup>r</sup> Cabred à l'hôpital de la Merci, de Buenos-Aires, dont il est directeur.

Le quartier d'aliénés criminels se compose d'un pavillon isolé, à trois corps, sur le même alignement ; la partie centrale est à deux étages ; les ailes à un seul. Le rez-de-chaussée réunit les réfectoires, les salles de jour, les ateliers, le cabinet médical, l'installation hydrothérapique, la conciergerie, des lavabos, etc. L'étage supérieur, au centre, abrite les malades les moins dangereux (dortoirs). L'air et la lumière sont prodigués de toutes parts, la plupart des pièces sont ornées de plantes nombreuses et d'aspect agréable ; l'éclairage électrique fonctionne largement toute la nuit. Tout ce qui pourrait donner l'idée d'une prison fut soigneusement écarté dans la construc-

tion de l'édifice : ni clôtures spéciales, ni barreaux, ni portes ou fenêtres d'un type particulier ; la vigilance supplée à tous ces moyens surannés. Contrôlée elle-même par des compteurs appropriés, elle fonctionne le mieux du monde puisque nulle évasion ne s'est encore produite depuis l'ouverture de la section. Le traitement médical réservé à ces malades est naturellement le même qui convient aux autres aliénés ; les résultats en ont été jusqu'ici des plus favorables, puisque le chiffre des guérisons s'est élevé, la première année, aux 22.8 p. 100 du total des admissions, déduction faite, il est vrai, d'un certain nombre de chroniques, venus des autres divisions et versés en bloc dès l'ouverture du quartier ; le pourcentage général, d'après le rapport ci-dessous, ne serait plus que de 14.28.

E. NICOLAU:

*The mental status of Czolgosz, the assassin of president Mc Kinley* (État mental de Czolgosz, l'assassin du président Mac Kinley) ; par le D<sup>r</sup> Walter Channing, br., in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, 1902.

L'assassin du président Mac Kinley était-il ou n'était-il pas un aliéné ? Ce problème qui intéresse non seulement la médecine, mais les sciences sociales et jusqu'à la politique contemporaine, est vivement éclairé et nous semble-t-il résolu par la biographie documentée aux meilleures sources que publie et commente M. Channing. Il faut bien avouer, en effet, que l'expertise faite du vivant de l'assassin, par MM. Fowler, Crego, et Putnam, expertise de l'accusation, concluant que l'on ne pouvait définir aucun symptôme d'aliénation mentale chez Czolgosz, n'est pas pour nous satisfaire pleinement ; car les experts n'ont eu pour déposer leurs conclusions qu'un laps de temps si limité que, privés de renseignements, ils ont dû se contenter de l'examen direct et de l'interrogatoire d'un accusé qui ne demandait nullement à faciliter leur mission et qui finit par refuser de leur répondre. Or, si Czolgosz était physiquement un garçon bien constitué, s'il n'avait aucune tare dégénérative visible et si l'on n'a pu lui découvrir aucun délire, il est certain néanmoins qu'il n'était pas un homme sain d'esprit ; s'ils eussent pu compulsier les documents de l'enquête de M. Channing, l'opinion des experts se fût sans doute modifiée.

Comme hérédité, Czolgosz, appartenant à une nombreuse

famille, avait un père intellectuellement débile et très émotif, une tante maternelle morte folle; ce sont les seuls faits certains à relever. Jusque vers l'âge de vingt-quatre ans ce fut un homme normal, d'une intelligence assez développée, travailleur supérieur à la moyenne dans son métier de tréfileur, honnête, mais cependant d'un caractère particulier : il était habituellement pensif et vivait à l'écart, on ne lui connaissait pas de camarade; timide, il avait horreur des femmes après avoir été éconduit par la seule maîtresse qu'il ait eu jamais; très doux, il ne tuait jamais une mouche qui le gênait; des préoccupations religieuses le tourmentèrent dans sa jeunesse et il quitta le catholicisme pour n'avoir pas été exaucé dans ses prières; il se mit alors à chercher sa voie dans la Bible, finalement répudia toute religion et entra dans des groupements socialistes.

En 1898, sa vie se modifie entièrement; il quitte brusquement son travail, se trouvant malade, consulte des médecins et se drogue abondamment. En même temps, rentré à la campagne dans sa famille, il mène une vie oisive, chasse beaucoup au fusil et au revolver et passe le reste de son temps à rêver, à lire des journaux et à dormir; il lui arrivait souvent de s'assoupir dans la journée, ce qui le fit surnommer la vieille femme; on a émis sans preuve suffisante l'hypothèse qu'il s'agissait là d'épilepsie larvée. Son caractère changea, devint irritable et Czolgosz se brouilla complètement avec sa belle-mère au point de refuser de manger avec elle; il faisait cuire lui-même sa nourriture et allait surveiller la traite du lait qu'il devait boire. Avait-il alors des idées d'empoisonnement? on n'a pu l'établir.

En mars ou avril 1901, Czolgosz devient plus inquiet, parle de sa fin prochaine, puis il réclame de l'argent et quitte sa famille pour aller de ville en ville, cherchant à connaître les anarchistes de marque. Mais il ne faudrait pas en conclure qu'il fut lui-même un véritable anarchiste : c'est un fait très intéressant et bien établi par M. Channing que Czolgosz connaissait très mal les doctrines anarchistes et qu'il n'a pas été poussé au crime par les compagnons; ceux-ci se méfiaient de ce questionneur naïf qu'ils prenaient pour un espion, au point de publier son signalement dans leurs journaux. Bien au contraire, Czolgosz a été vers les anarchistes dans l'espoir évident de trouver chez eux une aide pour l'accomplissement d'un dessein déjà mûr. Cela n'empêche qu'il ne se soit enflammé davantage à la lecture et à l'audition de conférences anarchistes.

Mais il n'y a eu ni complot ni complices, le chef de la police de Cleveland l'a lui-même affirmé.

Il s'agit donc bien de ce qu'en d'autres temps on eût nommé un illuminé. Czolgosz était pénétré du sentiment qu'il avait une mission à remplir pour le bien du pauvre peuple, et cette mission était de tuer le président Mac Kinley; il semble que cette idée lui soit venue en méditant sur la mort du roi Humbert. La preuve de cet état d'esprit résulte non seulement de ses affirmations, mais aussi de son attitude : c'est après mûre délibération qu'il choisit le lieu de son attentat; après le crime, très conscient, malgré un moment d'énervement, il se laisse arrêter, montrant un vif souci de la propreté de sa tenue; il sait ce qui l'attend et déclare avoir fait son devoir; aussi refuse-t-il tout avocat. Jusqu'au moment de s'asseoir dans le fauteuil du supplice, ses idées n'ont pas varié et il demande encore à faire à ce moment un discours avant de mourir. C'est bien l'attitude d'un véritable mystique de l'anarchie, convaincu qu'il était appelé par je ne sais quelle providence à frapper un grand coup.

L'autopsie n'a rien révélé de particulier. Mais il suffit de lire cette biographie pour être frappé avec M. Channing de la ressemblance de ce crime avec celui des *régicides vrais* dont Czolgosz présente tous les caractères décrits par M. Régis. C'est bien un de ces individus ni absolument sains ni absolument aliénés, dégénéré héréditaire ayant comme ses pareils commencé de bonne heure son trouble d'esprit, véritable mystique en définissant avec M. Régis le mysticisme des régicides « une tendance instinctive à s'exalter aux choses de la religion ou de la politique, à en nourrir un esprit déjà malade pour aboutir en fin de compte à des conceptions et à des déterminations véritablement pathologiques ». C'est encore, chez lui comme chez les autres, cette même conviction d'une mission à remplir qui explique la conception réfléchie de leurs actes, l'orgueil de leur crime et leur mort presque héroïque, c'est enfin le caractère solitaire de leur assassinat. Les régicides n'ont pas de complice; M. Channing, nous l'avons dit, l'a fort bien établi pour Czolgosz; il réfute à ce sujet les déductions faites par Lombroso à propos de l'assassinat de Mac Kinley, dans un travail sur l'anarchie, dont les bases fragiles ne sont que les récits des journaux.

Cet ensemble nous suffira pour admettre que le crime de Buffalo est bien le résultat d'un trouble de l'esprit, et que la

folie apparaît comme l'explication la plus raisonnable et la plus logique du crime, sans chercher à savoir si l'état mental de Czolgosz « suggère l'idée qu'il était peut-être en voie d'aboutir à une démente précoce à forme hémiphrénique ».

Pourquoi faut-il maintenant que nous soyons encore d'accord avec l'auteur pour constater que, en pareil cas, l'opinion publique prononce un verdict d'indignation irrévocable, que de pareils criminels sont condamnés sans être entendus, et surtout qu'une investigation scientifique a toutes les peines du monde à se faire et à être estimée à sa juste valeur? M. Channing l'avait déjà personnellement éprouvé pour Guiteau, l'assassin du président Garfield, autre régicide bien caractérisé ainsi que le prouve l'étude qu'en a faite dans ses *Régicides*, M. Régis.

VICTOR PARANT fils.

### **Revue des Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Toulouse pendant l'année scolaire 1901-1902.**

I. — *Contribution à la cytologie du liquide céphalorachidien*, par le Dr Pasturel. — Dans ce travail consciencieux, M. Pasturel nous donne le résultat de recherches personnelles entreprises à l'asile de Braqueville au moyen de la technique de Widal, Sicard et Ravaut et du procédé de numération de Lainel-Lavastine. Sa conclusion est conforme à celle de la plupart des auteurs précédents; il a vu la lymphocytose prédominer sur la polynucléose dans les lésions chroniques des méninges. Dans la paralysie générale au début, la cytologie est un élément précieux de diagnostic, dont plusieurs observations précisent l'importance lorsque le doute est possible; le nombre des éléments figurés a paru à l'auteur concorder avec l'intensité du délire et de l'excitation ou avec l'ancienneté de la démente paralytique, constatation qui mériterait d'être confirmée, car elle ne répond pas à celles de plusieurs auteurs. M. Pasturel a encore trouvé des éléments dans certaines démences, notamment l'épileptique, coexistant avec des troubles psychiques et moteurs importants; il en a constaté l'absence dans l'idiotie, la névrite tuberculeuse, la mélancolie chronique. Enfin il montre, réponse à une objection fréquente, qu'une ponction antérieure ne suffit pas à déterminer la présence de lymphocytes à une seconde expérience.

II. — *Pathologie générale de la cellule nerveuse*, par le D<sup>r</sup> L. Lagriffe. — Bien que par son sujet la thèse de M. Lagriffe ne rentre pas absolument dans le cadre des analyses paraissant dans les *Annales*, nous ne pouvons nous dispenser de citer, au moins brièvement, cet important travail, dont l'auteur, aujourd'hui médecin-adjoint des asiles, n'a pas oublié de faire sentir les rapports avec la pathologie mentale. C'est, comme il le dit lui-même, une compilation des recherches effectuées sur la pathologie générale de la cellule nerveuse et sur les réactions de cette cellule à divers agents : courant voltafaradique, températures extrêmes, dénutrition, poisons chimiques ou organiques. Mais ce n'est pas seulement une compilation, car à côté de chaque exposé est une critique abondamment pourvue de vues personnelles. De plus, un grand nombre d'expériences ont été faites par M. Lagriffe, qui tente de remettre en honneur la technique de l'écrasement dans l'examen des cellules des centres pendant leur survie. Cette thèse, écrite avec une grande conviction, un peu susceptible parfois dans la critique, en arrive à cette conclusion que : les réactions de la cellule nerveuse ne diffèrent des autres cellules de l'organisme que dans les points qui en font une cellule différenciée ; car elle présente des analogies frappantes avec les cellules les plus nobles, telles que la cellule hépatique ou rénale ; de telle sorte que dans tout l'organisme, les réactions sont uniques, la spécificité étant plutôt question de quantité que de qualité, et l'auteur, en terminant, dit avec Charrin : Il n'y a qu'une pathologie parce qu'il n'existe, en définitive, qu'une cellule fondamentale, celle de l'organisme.

III. — *Tares héréditaires et dégénératives dans les délires systématisés de persécution. Etude clinique et statistique*, par M. le D<sup>r</sup> L. Laffaille. — Dans les délires de persécution suffisamment fixes « pour ne pouvoir être considérés comme une simple manifestation de ce polymorphisme bien connu, caractéristique des psychoses de dégénérescence », M. Lacaille a rencontré 40 persécutés sur 142 qui présentaient des tares héréditaires et dégénératives. L'hérédité est névropathique dans 13 cas, congestive dans 7, directe 38 fois, et 8 fois les parents étaient eux-mêmes aliénés ; 5 fois il existait de l'hérédité convergente. Les stigmates physiques et psychiques sont fréquents. 3 fois la dégénérescence est acquise. Dans 15 cas on ne note qu'une hérédité chargée, 13 fois la dégénérescence est seule en cause ; 12 fois l'hérédité est aussi manifeste que la

dégénérescence. Ce travail contient, classées méthodiquement, des observations prises à l'asile de Braqueville et qui montrent la rareté du délire chronique type Magnan.

IV. — *Traitement de l'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant*, par le Dr P. Lierre. — Nous citons simplement cette thèse parce que son auteur, tenant compte de l'importance pathogénique de la névropathie dans l'incontinence d'urine des enfants, apporte une prédilection visible au traitement par l'hypnose, en rejetant avec trop de facilité les arguments qui ont été opposés à l'emploi de ce délicat procédé.

V. — *De la folie morale. Des degrés dans la responsabilité morale*, par le Dr Fontanilles. — M. Fontanilles, interne à l'asile de Naugeat, exprime en un style personnel et nouveau des idées souvent moins neuves; pourtant il distingue une folie morale typique de folies morales apparaissant au cours de diverses maladies mentales; puis, affirmant qu'il y a des degrés dans la responsabilité, il établit au milieu de ses conclusions un traitement dans lequel figure la nécessité « d'une sanction, non seulement afflictive et infamante, mais encore réparatrice », et termine en demandant pour la folie morale une atténuation de la responsabilité: « Cette atténuation, en ses graduations différentes, sera soumise aux savants experts, de conscience autorisée, que nulle ingérence intéressée n'influencera, et qui, sauvegardant d'abord les droits essentiels de la personnalité humaine, sauront les concilier à ceux impartis par toute société équitable. »

VICTOR PARANT fils.

---

*Psychopathological researches. Studies in mental dissociation; Boris Sidis, director of the psychopathological laboratory; published under the auspices of the trustees of the psychopathic hospital, etc.* (Recherches de psychopathologie. Études sur la désagrégation mentale publiées par Boris Sidis, directeur du laboratoire psychopathologique, sous les auspices des administrateurs de l'hôpital psychopatique, etc.) 1 vol. in-8° de 329 pages, New-York, 1902.

Ce volume se compose de six mémoires destinés à élucider les principaux symptômes des psychoses fonctionnelles. Les cas ont été choisis entre tous en raison de leur pureté, pour servir de types. Bien que différents au point de vue symptomatolo-

gique, ils sont pourtant intimement unis, en ce sens qu'ils représentent les différentes phases et les divers degrés de la désagrégation mentale.

Le premier mémoire, dû au D<sup>r</sup> Boris Sidis et au D<sup>r</sup> William A. White, est consacré à l'étude d'une hystérique présentant à la fois des crises maniaques, des crises convulsives et des phénomènes de désagrégation mentale facilitant l'hypnotisation. La synthèse des différentes dissociations psychologiques présentées par cette malade fut réalisée par suggestion et la guérison ainsi obtenue a persisté. Il ne saurait être rendu compte ici des nombreuses expériences décrites par les auteurs.

La seconde étude, due au D<sup>r</sup> William A. White, porte sur un cas d'amnésie alcoolique et l'évocation des mémoires subconscientes. Les impressions reçues dans un état d'ivresse profonde laissent des traces dans la conscience, bien qu'à l'état normal le souvenir ne soit pas conservé. Mais, en mettant le patient dans un état *hypnoïdal*, c'est-à-dire dans un état de calme et de recueillement les yeux fermés, on peut lui faire revivre la période oubliée et en évoquer entièrement la mémoire.

La troisième, du même auteur, a trait à un cas désigné sous le nom d'épilepsie psychique, et que je qualifierais plutôt d'hystérie à crises délirantes ayant pour point de départ une idée subconsciente.

Rien, en effet, dans les symptômes énumérés, ne paraît se rattacher à l'épilepsie telle que nous la comprenons. La suggestion méthodiquement pratiquée eut pour résultat de reconstituer d'une manière durable la synthèse psychique et de guérir la malade.

La quatrième, du D<sup>r</sup> Boris-Sidis, et la cinquième, des D<sup>rs</sup> Sidis et Parker, ont trait à l'étude d'un cas de trouble mental caractérisé par de l'hypocondrie délirante et des hallucinations de la sensibilité générale.

En l'état d'hypnose, c'est-à-dire dans un état subconscient, la suggestion pouvait rompre les systèmes délirants et reconstituer la personnalité normale, mais les premiers réapparaissaient avec une déplorable facilité. La guérison fut néanmoins obtenue.

La sixième et dernière (G.-M. Parker) porte sur un cas d'hystérie traumatique étudié d'après la même méthode que les cas précédents. Synthèse des systèmes dissociés et leur réassociation dans l'unité de la personnalité consciente par le moyen de la suggestion, tel peut être en deux mots le résumé de ces



études, en partie cliniques, en partie expérimentales, et surtout intéressantes par ce dernier côté.

A. CULLERRE.

*Memoria del Hospicio de las Mercedes, correspondiente al año 1899, presentada... por el director, D<sup>r</sup> Domingo Cabred.* (Rapport sur l'hospice de la Merci relatif à l'année 1899 présenté... par le directeur D<sup>r</sup> Dominique Cabred). Buenos-Aires, 1900.

Rapport volumineux, très complet et très intéressant, établi au double point de vue médical et administratif, orné de nombreuses et magnifiques planches en photogravure et témoignant de la sollicitude libérale qui anime les pouvoirs publics, à Buenos-Aires, à l'endroit des aliénés. Le volume et, aussi, le caractère un peu aride des documents rassemblés dans ce travail nous obligent à en délaissier l'analyse; rappelons seulement qu'un chapitre est consacré au pavillon d'aliénés criminels signalé dans notre compte rendu publié ci-dessus; nous ne saurions nous arrêter sur ce point sans tomber dans des redites multiples et inutiles.

E. NICOLAU.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Twenty-fifth annual report of the trustees of the Dauvers insane hospital for the year ending september 30, 1902. 57 pages in-8°. Boston, 1903.

— Ueber Hemmung gleichzeitiger Reizwirkungen; par Paul Ranschburg. 86 pages in-8°. Extrait de *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane*. Leipzig, 1902.

— Il calibro delle principali arterie alla base dell'encefalo nei sani di mente e negli alienati; par le D<sup>r</sup> Giuseppe Peli. 14 pages in-8° avec tableaux. Extrait du *Bullettino delle scienze mediche*. Bologne, 1902.

— La volonté; par Fr. Paulhan. 1 vol. in-18 (323 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris. O. Doin, 1903.

— Sulle modificazioni della circolazione cerebrale in seguito

alla somministrazione di alcune essenze; par le D<sup>r</sup> A. d'Ormea. 31 pages in-8°. Ferrara, 1902.

— Les bouilleurs de cru; par le D<sup>r</sup> A. Antheaume et L. Antheaume. 1 vol. in-8° de 291 pages. Paris. C. Naud, 1903.

— Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Kriminalpsychologie für Mediziner, Juristen und Soziologen, ein Beitrag zur Reform des Strafgesetzgebung; par le prof. G. Aschaffenburg. 1 vol. in-8° de 246 pages. Heidelberg, Carl Winter, 1903.

— L'association des idées; par le D<sup>r</sup> Edouard Claparède. 1 vol. in-18 (426 pages) de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale*. Paris. O. Doin, 1903.

— Compte général de l'Administration de la justice criminelle pendant l'année 1900, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice. 172 pages in-4°. Imprimerie nationale, 1902.

— Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique; par le D<sup>r</sup> Louis Chenais. 150 pages in-8°. Paris. Jules Roussel, 1902.

— Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques; par le D<sup>r</sup> E. Perpère. 101 pages in-8°. Paris. Vigot frères, 1902.

— Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie; par les D<sup>rs</sup> Ed. Flatau, Mendel et Jacobsohn. 5<sup>e</sup> année. 1 vol. in-8° de 1104 pages. Berlin, S. Karger, 1902.

— Ninth annual report of the State asylum for the chronic insane of Pennsylvania, for the year ending september 30 th. 1902. 39 pages in-8° avec planches. South Mountain, Wernersville, P. O., s. d.

— Contributo alla conoscenza delle paralisi progressive post-tabetiche; par le D<sup>r</sup> Guido Garbini. 95 pages in-8°. Extrait du *Manicomio moderno*, 1899.

— Forty-third annual report of the board of directors and superintendent of Longview hospital Carthage, Ohio, to the governor of the State of Ohio, for the year 1902. 58 pages in-8°. Cincinnati, 1902.

— Les aliénés en liberté; par le D<sup>r</sup> Ant. Ritti. 20 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier 1903.

— Un caso di sifilide contratta nel periodo iniziale della paralisi progressiva; par le D<sup>r</sup> Guido Gabini. 8 pages in-8°. Messina, 1902.

— The one hundred and fifth annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane near Catonsville Baltimore county, to His Excellency the governor of Ma

ryland, november 1902. 63 pages in-8° avec planches. Baltimore, 1903.

— Observations sur la démence précoce et la catatonie; par le D<sup>r</sup> Paul Masoin. 8 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1902.

— Asile d'aliénés de Maréville. Rapport médical sur la division des hommes pour l'année 1901; par le D<sup>r</sup> Vernet, médecin en chef. 24 pages in-8°. Nancy. Imprimerie Berger-Levrault et C<sup>ie</sup>, 1902.

— The Craig colony for epileptics at Sonyea in Livingston county, New-York. Bolletin of general information concerning its origin, purposes and methods of work. 53 pages in-8° avec planches. Octobre 1902.

— Note sur le Gheel ancien; par les D<sup>rs</sup> Paul Masoin et Fr. Meeus. 11 p. in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès international de l'assistance des aliénés*. Anvers, 1902.

— The fire walk ceremony in Tahiti; par S. P. Langley. 8 pages in-8° avec planches. Extrait de *Smithsonian report for 1901*. Washington, 1902.

— Eloge de Baillarger lu à l'Académie de médecine dans la séance annuelle du 23 décembre 1902; par le D<sup>r</sup> Magnan. 21 pages in-4°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1902.

— Forty-ninth annual report of the trustees of the Taunton insane hospital for the year ending september 30, 1902. 57 pages in-8°. Boston, 1903.

— Biennial report of the directors and superintendent of the West Virginia hospital for the insane at Watson, from oct. 1, 1900 to sept. 30, 1902. 74 pages in-8° avec planches. Charleston, 1902.

— Cours libre des maladies mentales, par le D<sup>r</sup> Biaute, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Nantes, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> leçons recueillies par Alph. Orgelin et Brillouet, internes du service. 16 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, numéros de janvier et février 1903.

— Thirty-second annual report of the board of commissioners of public charities of the Commonwealth of Pennsylvania for 1901; also the report of the general agent and secretary statistics, and the report of the committee on Lunacy. 1 vol. in-8° cart. à l'anglaise. 439 + 219 pages. Stanley Ray, 1902.

— Contribution à l'étude de l'essence d'absinthe et de quelques autres essences (hysope, tanaisie, sauge, fenouil, coriandre, anis et badiane); par le D<sup>r</sup> S.-D. Lalou, licencié ès sciences. 244 pages in-8°. Paris, C. Naud, 1903.

---

---

# ASSOCIATION MUTUELLE

DES

## MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

---

Assemblée générale du 25 mai 1903.

Présidence de M. CHRISTIAN, président.

L'assemblée générale s'est tenue à trois heures, rue de Seine, sous la présidence de M. Christian.

Absents et excusés : MM. Lallemand, Marchand, Meilhon, Semelaigne, Trénel.

M. Brunet fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare qu'après examen les comptes ont été reconnus exacts.

L'assemblée approuve les comptes du trésorier pour l'année 1902 et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Giraud, pour la lecture du rapport annuel.

### *Rapport du secrétaire.*

MESSIEURS,

J'ai, conformément aux statuts, à vous présenter le rapport sur la situation de notre Association, et vous allez entendre le trente-septième rapport annuel.

Comme tous les ans, je rappelle que l'œuvre fondée par Baillarger en 1865, n'a pas cessé de venir en aide aux infortunés se révélant dans le groupe restreint des médecins aliénistes. Nous secourons des veuves, des enfants, parfois des confrères dans la gêne. Votre bureau et votre conseil d'administration savent combien ces secours sont nécessaires, et lorsqu'une infortune nouvelle se révèle, le secours est donné le plus promptement possible, sous le contrôle du conseil d'administration.

Sauf une exception datant des premières années de la fondation de l'œuvre, exception que l'assemblée générale a votée tous les ans en mémoire de Baillarger qui l'avait demandée, la

condition nécessaire pour avoir droit au secours quand une infortune se révèle, est que le médecin aliéniste fasse partie de notre Association, soit comme membre fondateur soit comme membre sociétaire.

Pour continuer une pieuse tradition, j'ai à mentionner que Briere de Boismont, Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Semelaigne, Bouchereau, forment la liste de nos confrères disparus ayant été les bienfaiteurs de notre Association.

A cette liste, nous avons à ajouter un nouveau nom, celui de Henri Dagonet, qui a voulu qu'après lui sa cotisation fût perpétuée par un versement de 500 francs.

La mort nous a enlevé cinq membres depuis la précédente assemblée générale. Au lendemain même de notre réunion annuelle, nous perdions Falret. Quelques mois plus tard nous avons perdu Henri Dagonet, Rousselin et Pécharman. Au début de cette année, nous avons eu à déplorer la perte de Febvre.

Jules Falret était un des fondateurs de l'Association. Il en faisait partie, par conséquent, depuis le début, c'est-à-dire depuis l'année 1865. Né en 1824 dans la maison de santé fondée par son père et par Félix Voisin, interne des hôpitaux de Paris en 1847, il présenta, en 1853, sa *Thèse* de doctorat sous le titre : « Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales ». Je ne chercherai pas à analyser ici les nombreux travaux scientifiques de notre regretté confrère, qui était pour nous un maître auquel M. Motet a rendu hommage en termes émus au nom de la Société médico-psychologique et au nom de la Société de médecine légale. Je ne pourrais d'ailleurs que répéter ce qu'a dit M. Ritti dans la notice nécrologique publiée par les *Annales médico-psychologiques*. Falret était un homme essentiellement bon. Il accueillait avec une simplicité charmante les jeunes confrères. Il a contribué par sa bonne humeur et son entrain à créer la cordialité qui règne dans nos congrès annuels des médecins aliénistes et, dans notre conseil d'administration dont il était le doyen, il était toujours l'avocat de ceux qui sont dans le malheur. Je n'ai pas besoin d'ajouter combien sa perte nous a été sensible.

Henri Dagonet était l'aîné d'un an de Falret, et, comme Falret, il était le fils d'un médecin qui avait consacré sa vie au traitement des aliénés. Il faisait partie de notre Association depuis sa fondation en 1865.

Interne de Renaudin à Fains en 1848, et à Maréville en 1849, il fut nommé en 1850 médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, et quelques années plus tard, il devenait agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg. Il y inaugura un enseignement des

maladies mentales et publia ensuite le traité que chacun connaît. En 1867, il vint comme médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, où il resta jusqu'au moment où il prit sa retraite en 1888. Les liens de parenté qui m'unissent à Dagonet rendraient déplacé son éloge dans ma bouche, mais cet éloge a été fait par notre président qui y a mis tout son cœur, se rappelant les vieilles relations d'amitié datant de plus de quarante ans et nouées à Stéphansfeld quand l'Alsace était terre française. Ce que je puis dire, c'est combien Henri Dagonet était attaché à notre Association, quels scrupules il avait eus quand, membre et vice-président du conseil d'administration, il s'était vu empêché par la maladie d'assister à nos réunions ; il m'avait chargé d'insister pour qu'on pourvût à son remplacement, et il a voulu se survivre à lui-même en faisant perpétuer sa cotisation.

Après Henri Dagonet, Rousselin, comme lui d'un an plus âgé que Falret, comme lui appartenant à notre Association depuis sa fondation en 1865, comme lui ancien membre du conseil d'administration. Rousselin avait été l'interne de Parchappe à Saint-Yon en 1843, puis était passé comme interne à Charenton. En 1851, il fut nommé médecin du quartier des aliénés de Poitiers et en 1853, directeur-médecin de l'asile de Blois. En 1854, il revint à Charenton comme médecin-adjoint, et en 1860 il fut appelé à succéder à Parchappe comme inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons. En 1872, il revint à Charenton comme médecin en chef, et en 1873 il vint prendre le poste que la mort de Morel laissait vacant à Saint-Yon.

Il avait pris une grande part dans la direction de la reconstruction de Saint-Yon, d'abord comme inspecteur général, puis comme médecin en chef ; il fut nommé directeur-médecin quand la reconstruction fut achevée et les malades installées dans les nouveaux locaux. Des difficultés administratives l'amenèrent à prendre sa retraite en 1882 après trente-six ans de services. Quelques années plus tard il reprit du service dans les asiles et alla occuper le poste de médecin de l'asile de Leymes. C'est après une nouvelle période de vie active comme médecin d'asile qu'il se décida à venir à Elbeuf prendre enfin du repos.

Notre Association a été représentée à Elbeuf, aux obsèques de Rousselin, par votre secrétaire qui, après l'énumération des services et des travaux scientifiques, a rendu hommage à l'aménité et à la courtoisie de notre regretté confrère.

Après nos doyens, c'est avec Pécharman, un des jeunes chefs de service qui disparaît à l'âge de trente-sept ans.

Interne des asiles de la Seine en 1890, docteur en 1893, admis premier au concours de l'adjuvat en 1894, médecin-adjoint de l'asile de Lafond en 1894, puis médecin-adjoint de

l'asile de Clermont (Oise), l'année suivante, Pécharman était entré en 1895 dans notre Association comme membre sociétaire. Il fut lauréat du prix Civrieux en 1897 et en 1898. En janvier 1901 il fut nommé directeur-médecin de la colonie de Dunsur-Auron, et l'année suivante, il dut se faire mettre en disponibilité pour cause de maladie. Dans la notice nécrologique parue dans les *Annales médico-psychologiques*, notre collègue Ritti a donné la note bien juste, en disant : « On ne peut qu'être profondément impressionné en voyant ainsi disparaître en pleine sève une jeune intelligence qui avait devant elle « les longs espoirs et les vastes pensées », dont le passé déjà brillant répondait de l'avenir. »

Febvré n'avait pas encore atteint cinquante ans lorsque la mort l'a atteint. Elève de la Faculté de médecine de Nancy, il n'avait sollicité un poste d'interne à Maréville qu'après avoir été reçu docteur. En 1882, il fut nommé médecin-adjoint à l'asile de Mont-de-Vergues, et entra dans notre Association comme membre sociétaire en 1883. En 1887, il passa comme médecin-adjoint dans les asiles de la Seine, et en 1888 fut nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard. En 1897, il échangea sa qualité de membre sociétaire contre celle de membre fondateur. Il était ensuite devenu un des membres du conseil d'administration et se montrait d'une exactitude exemplaire. Febvré ne comptait que des amis parmi tous ceux qui avaient pu le connaître et l'apprécier. On appréciait en lui non seulement sa valeur scientifique, mais aussi son caractère franc et loyal, et sa mort a été pour nous un véritable deuil.

Après cet hommage rendu aux confrères décédés, j'ai à vous parler des vivants. Le conseil d'administration a depuis votre dernière assemblée générale, admis comme sociétaires, MM. Bourdin, Devay et Sollier, et vous leur souhaiterez la bienvenue. M. Doutrebente a échangé son titre de membre sociétaire contre celui de membre à vie; nous souhaitons que ce soit pour notre ami Doutrebente un brevet de longue vie.

M. Antheaume a échangé son titre de sociétaire contre celui de fondateur.

Nous avons le plaisir de compter un nouvel asile souscripteur, celui de Saint-Robert, et vous n'hésitez pas à voter des remerciements à M. le directeur de Saint-Robert et à M. Bonnet, médecin en chef.

L'Association compte à la date d'aujourd'hui :

Membres à vie.....	2
— fondateurs.....	53
— sociétaires.....	89
Total des membres..	144

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente-cinq, avec les souscriptions suivantes :

Asile public de Prémontré (Aisne) . . . . .	100 fr.
— de Saint-Lizier (Ariège) . . . . .	50
— d'Aix (Bouches-du-Rhône) . . . . .	50
— de Marseille (Bouches-du-Rhône) . . . . .	50
— de Dijon (Côte-d'Or) . . . . .	100
— d'Evreux (Eure) . . . . .	100
— de Bonneval (Eure-et-Loir) . . . . .	50
— de Quimper (Finistère) . . . . .	100
— de Toulouse (Haute-Garonne) . . . . .	100
— d'Auch (Gers) . . . . .	100
— de Bordeaux (Gironde) . . . . .	25
— de Rennes (Ille-et-Vilaine) . . . . .	100
— de Dôle (Jura) . . . . .	100
— de Blois (Loir-et-Cher) . . . . .	100
— de Saint-Alban (Lozère) . . . . .	25
— de Châlons (Marne) . . . . .	100
— de Saint-Dizier (Haute-Marne) . . . . .	100
— de La Roche-Gandon (Mayenne) . . . . .	100
— de Maréville (Meurthe-Moselle) . . . . .	100
— de Lesvellec (Morbihan) . . . . .	100
— d'Armentières (Nord) . . . . .	100
— de Bailleul (Nord) . . . . .	100
— de Clermont (Oise) . . . . .	100
— de Saint-Robert (Isère) . . . . .	100
— d'Alençon (Orne) . . . . .	50
— de Saint-Venant (Pas-de-Calais) . . . . .	100
— de Pau (Basses-Pyrénées) . . . . .	100
— de Bron (Rhône) . . . . .	100
— de Bassens (Savoie) . . . . .	100
— de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) . . . . .	100
— de Saint-Yon (Seine-Inférieure) . . . . .	100
— de Dury-lès-Amiens (Somme) . . . . .	100
— de Mont-de-Vergues (Vaucluse) . . . . .	100
— d'Auxerre (Yonne) . . . . .	100
— de Sainte-Marie de l'Assomption . . . . .	50

Sur la demande de notre président M. Christian, à M. Monod, le ministre de l'Intérieur a continué, en 1902, la subvention de 1.500 francs qui nous est accordée depuis des années. Nous en remercions M. le Ministre et M. Monod.

J'ai maintenant à vous exposer la situation financière :



Les recettes de l'année 1902, jointes à l'encaisse du 31 décembre de l'année précédente, se sont élevées à. . . 17.823 49

En caisse au 31 décembre 1901. . . . .	4.433 55
Cotisations. . . . .	2.555 »
Subvention ministérielle. . . . .	1.500 »
Souscriptions d'asiles. . . . .	2.850 »
Intérêts des capitaux. . . . .	3.429 69
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier. . .	13 28
Frais de recouvrements remboursés. . . . .	41 97
Don pour perpétuer les cotisations de M. Dago-	
net. . . . .	500 »
Rachat de cotisation de M. Dautrebente. . . .	500 »
Total égal. . . . .	17.823 49

Les dépenses ont été en 1902 de . . . . . 11.839 45  
ainsi décomposées :

A quinze veuves de fondateurs ou sociétaires. .	8.500 »
A deux fils de sociétaires décédés. . . . .	400 »
A deux veuves d'anciens internes d'asile. . . .	500 »
Dépenses au Crédit foncier. . . . .	15 35
Achat de 5 obligations de 500 fr. 3 p. 100, fu-	
sion P.-L.-M. . . . .	2.309 85
Frais d'administration : imprimés (13 fr. 55),	
recouvrements (49 fr. 95), envois de secours,	
(20 fr. 75), carnet de quittances (30 fr.). . . .	114 25
Total. . . . .	11.839 45

Restait disponible au 31 décembre. . . . . 5.984 04

Total égal aux recettes. . . . . 17.823 49

La somme disponible au 31 décembre a permis de distribuer les secours de janvier avant la rentrée des recettes de l'année courante.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de 239.619 francs.

Le capital placé suivant les statuts, augmenté de dons et legs, représente environ 160.309 francs, et se décompose ainsi :

- 1.217 francs de rente 3 1/2 p. 100.
- 2.813 francs de rente 3 p. 100.
- 43 obligations du chemin de fer du Midi.
- 24 obligations de chemin de fer P.-L.-M. fusion.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1903 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1902. . . . .	5.984 04
Cotisations. . . . .	2.555 »
Subvention ministérielle . . . . .	1.500 »
Souscriptions d'asiles. . . . .	2.850 »
Intérêts des capitaux. . . . .	5.400 »
Total . . . . .	<u>18.289 04</u>

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ 13.000 francs.

Dans sa dernière séance, au mois de janvier, le conseil a alloué des secours s'élevant à 4.200 francs ainsi répartis :

A deux fils de sociétaires décédés.. . . .	400 »
A quatorze veuves de sociétaires ou fondateurs. . . . .	3.800 »
Total. . . . .	<u>4.200 »</u>

Solde disponible, 8,800 francs, sur lequel le conseil propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles.

Il resterait alors 8.300 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième trimestre, aux éventualités qui peuvent se présenter en cours d'année et assurer les secours de janvier 1904.

Tel est l'état de la caisse. Ce compte rendu financier est fourni par M. Mitivié, notre très dévoué trésorier, qui remplit la charge la plus lourde dans notre Association, et, avec sa modestie habituelle, ne veut pas qu'on dise toute la peine qu'il se donne pour soulager les misères dont il est le confident.

M. le Président remercie le secrétaire de son rapport et met aux voix la proposition d'allouer un secours de 500 francs à deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.

Cette proposition est adoptée.

L'assemblée, à la suite de l'inscription de l'asile de Saint-Robert comme asile souscripteur, vote des remerciements à M. Gex, directeur, et à M. Bonnet, médecin en chef.

On procède ensuite au renouvellement des membres sortants du conseil, conformément à l'article 9 des statuts.

Les membres sortants sont : MM. P. Garnier, Giraud, Goujon, Motet, Semelaigne; et il y a lieu de pourvoir au remplacement de MM. Falret et Febvre, décédés.

MM. P. Garnier, Giraud, Goujon, Motet et Semelaigne sont réélus pour une période de trois années. MM. Arnaud et Dupain sont élus en remplacement de MM. Falret et Febvre.

Le conseil est ainsi composé pour l'année 1903 :

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1904.

MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1905.

MM. Paul Garnier, Giraud, Goujon, Motet, René Semelaigne, dont les pouvoirs expireront en 1906.

L'assemblée renouvelle les pouvoirs du bureau :

Président, M. Christian.

Vice-président, M. Doutrebente.

Trésorier, M. Mitivié.

Secrétaire, M. Giraud.

La séance est levée à 4 heures.

## LISTE DES MEMBRES

### *Membres à vie.*

M. Christian.      M. Doutrebente.

### *Membres fondateurs.*

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Doursout.	Marandon de Mont-
Arnaud.	Dubuisson (Paul).	tyel.
Ballet (G.).	Duhamel.	Moreau (de Tours).
Belle.	Dupré.	Motet.
Biaute.	Faucher.	Nolé.
Binet des Roys.	Gallopain.	Parant.
Boubila.	Garnier (Paul).	Péon.
Boudrie.	Giraud.	Petit (Gilbert).
Briand.	Girma.	Pétrucci.
Brunet.	Goujon.	Pierret.
Carrier.	Grout (Franklin).	Pons.
Chaslin.	Homery.	Régis.
Chaussinand.	Lalanne.	Ritti.
Conso.	Lallemant.	Semelaigne.
Cortyl (Edmond).	Lapointe.	Simon (Max).
Cortyl (Germain).	Mabille.	Taguet.
Cullerre.	Magnan.	Vallon.
Dagonet (Jules).	Mitivié.	Voisin (Jules).

*Membres sociétaires.*

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloyse).	Gilson.	Pichenot.
Allaman.	Guyot (Aug).	Pilleyre.
Anglade.	Hamel.	Planat.
Audy.	Hospital.	Pochon.
Baruk.	Jacquin.	Raffegau.
Bécue.	Joffroy.	Ramadier.
Bellat.	Journiac.	Rayneau.
Belletrud.	Lalanne.	Rey.
Bessièrès.	Larroussinie.	Rist.
Bonnet (J.).	Larroque.	Roubinowitch.
Boissier.	Legrain.	Rousset.
Boiteux.	Legras.	Santenoise.
Bourdin.	Leroy.	Schils.
Broquère.	Levet.	Séglas.
Chardon.	Louis (Léon).	Sérieux.
Charon.	Lwoff.	Sizaret.
Charuel.	Malfilâtre.	Sollier.
Chocreaux.	Marchand.	Terrade.
Colin.	Marie.	Thibaud.
Croustel.	Martinenq.	Thivet.
Danner.	Maupaté.	Toulouse.
Delaporte.	Meilhon.	Toy.
Dericq.	Monestier.	Trénel.
Devay.	Nageotte.	Truelle.
Dubourdieu.	Nicoulau.	Védie (Henri).
Dubuisson (M.).	Pactet.	Vernet.
Dumaz.	Pain.	Viallon.
Dupain.	Papillon.	Viel.
Fenayrou.	Paris.	Vigouroux.
Garnier (Samuel).	Picard.	

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Décret du 15 juillet 1903* : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des cultes, est nommé chevalier de la Légion d'honneur,

M. le D<sup>r</sup> MARIE (Auguste-Armand), licencié en droit, Médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). Interne à l'hôpital militaire de Grenoble en 1885. Interne des asiles de la Seine en 1888. Médecin des asiles publics d'aliénés en 1890. Médecin-adjoint chargé de la direction de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) en 1892. — Dix-huit ans de pratique médicale.

Titres exceptionnels : auteur de nombreuses publications scientifiques. Premier organisateur du traitement des déments séniles. Titulaire du prix de la Société médico-psychologique de Paris, des prix Esquirol, Belhomme et Moreau (de Tours).

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 20 juin 1903*. Est nommé officier de l'Instruction publique, M. le D<sup>r</sup> ANTHEAUME (André-Alphonse-Louis), médecin-inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine à Paris.

— *Faculté de médecine de Paris* : MM. les D<sup>rs</sup> ROY, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Victor PARANT, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, ont été nommés, après concours, chefs de la clinique des maladies mentales.

— *Arrêtés de juin et de juillet 1903* : M. le D<sup>r</sup> DODERO, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> CHARDON, directeur-médecin de l'asile d'Armenières (Nord), est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> TERRADE, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de La Charité (Nièvre);

M. le D<sup>r</sup> AUBRY, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de

Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> MUSIN, mis en disponibilité sur sa demande;

M. le D<sup>r</sup> LALLEMANT, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.), pour prendre rang à la date du 1<sup>er</sup> septembre 1903;

M. le D<sup>r</sup> LWOFF, médecin en chef de la colonie d'Ainay-le-Château (Allier), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7.000 fr.), pour prendre rang à la date du 1<sup>er</sup> juillet 1903;

M. le D<sup>r</sup> CHOCREAUX, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé directeur-médecin de l'asile de La Charité (Nièvre), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> FAUCHER, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le D<sup>r</sup> WAHL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> MIGNOT, mis en disponibilité sur sa demande;

M. le D<sup>r</sup> COULONJOU, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Alençon (Orne);

M. le D<sup>r</sup> PARANT, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne);

M. le D<sup>r</sup> BELLETRUD, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> LIGIER, directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7.000 fr.).

— *Arrêtés d'août 1903* : M. le D<sup>r</sup> TRÉNEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin-adjoint des colonies familiales de la Seine;

M. le D<sup>r</sup> BRUNET, médecin-adjoint de l'asile de Moulins (Allier), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon;

M. le D<sup>r</sup> VERNET, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Moulins.

CRÉATION ET ORGANISATION D'UN INSTITUT ET D'UN DIPLOME DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE, PRÈS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

*Institut de médecine légale et de psychiatrie.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 22 juin est approuvée la délibération du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, relative à l'organisation et à la création près de

cette Faculté d'un Institut de médecine légale et de psychiatrie.

Cet Institut a pour but de donner un enseignement théorique et pratique aux médecins et aux étudiants français et étrangers qui se destinent aux fonctions d'experts près les tribunaux.

Un diplôme spécial sera délivré aux médecins et aux étudiants français et étrangers qui auront suivi régulièrement les cours de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie et subi avec succès un examen probatoire.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux médecins et aux étudiants étrangers qui ne voudraient pas subir l'examen probatoire.

L'Institut de médecine légale et de psychiatrie est placé sous la direction du doyen de la Faculté de médecine, du professeur de médecine légale et du professeur de clinique des maladies mentales.

L'enseignement se divise en deux parties : a) enseignement médico-légal proprement dit ; b) enseignement médico-légal psychiatrique.

*Enseignement médico-légal proprement dit.* — Il est placé sous la direction du professeur de médecine légale, qui le donne avec le concours : 1° des agrégés libres et en exercice de la chaire de médecine légale ; 2° du sous-directeur du laboratoire de toxicologie ; 3° des chefs des travaux anatomiques et histologiques de médecine légale.

Cet enseignement comprend : a) une partie théorique ; b) une partie pratique.

La partie théorique comporte le programme d'un cours complet de médecine légale. (Ce cours est professé par les agrégés libres et en exercice de la chaire afférente et par le sous-directeur du laboratoire de toxicologie.)

La partie pratique comporte :

1° Les autopsies et les examens de sujets vivants spéciaux à la médecine légale ;

2° Les recherches microscopiques, chimiques, physiologiques, etc., médico-légales.

(Cet enseignement est donné par le professeur de médecine légale, les agrégés libres et en exercice de la chaire afférente et les chefs de travaux.)

L'enseignement médico-légal proprement dit, pratique et théorique, se poursuit pendant toute la durée du stage d'instruction ; c'est-à-dire pendant les deux semestres scolaires.

*Enseignement médico-légal psychiatrique.* — Il est placé sous la direction du professeur de clinique des maladies mentales, qui le donne avec le concours : 1° des agrégés libres et en exercice de la chaire de clinique des maladies mentales ; 2° du

chargé de cours médecin de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police; 3° des chefs de clinique de la chaire des maladies mentales.

Cet enseignement comprend : a) une partie théorique; b) une partie pratique.

La partie théorique comporte un cours d'aliénation mentale complet et un cours de médecine légale psychiatrique.

(Ces cours ont lieu pendant le premier semestre et sont professés par les agrégés libres et en exercice de la chaire de clinique des maladies mentales et par les chefs de clinique.)

La partie pratique comporte :

1° Les leçons de clinique des maladies mentales faites par le professeur de la chaire pendant les deux semestres scolaires ;

2° Les leçons de clinique psychiatrique médico-légale professées pendant le second semestre par le chargé de cours médecin de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police.

*Diplôme universitaire de médecine légale et psychiatrie.* — Un autre arrêté ministériel pris à la même date approuve la délibération du Conseil de l'Université de Paris instituant, près la Faculté de médecine, un diplôme portant la mention *médecine légale et psychiatrie*. Ce diplôme est délivré : a) aux docteurs en médecine français et étrangers; b) aux étudiants français titulaires de seize inscriptions de doctorat en médecine.

La durée de la scolarité est fixée à deux semestres.

Les médecins nommés au concours aux fonctions de médecin des asiles d'aliénés ou de chef de clinique de médecine mentale, ou ayant rempli pendant au moins un an les fonctions d'interne dans un service d'aliénés, seront dispensés de la scolarité en ce qui concerne la psychiatrie.

L'examen pour l'obtention du diplôme se divise en deux parties : partie médico-légale proprement dite ; partie médico-légale psychiatrique.

La partie médico-légale proprement dite comprend : une épreuve théorique et une épreuve pratique comportant une ou plusieurs des épreuves suivantes : autopsie, recherche microscopique, examen d'un sujet vivant, avec rédaction d'un rapport.

La partie médico-légale psychiatrique comprend : une épreuve théorique (rédaction d'un rapport sur un thème supposé), et une épreuve pratique (examen d'un malade avec rédaction d'un rapport sur son état mental et ses conséquences).

Le présent règlement sera mis à exécution à partir de l'année scolaire 1903-1904.



## MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

*Attentats contre un aliéniste pendant sa visite par des malades.* — « Ce qui est écrit est écrit » disent les Orientaux; il est de fait que nul ne peut échapper à sa destinée, tout ce qui existe est soumis aux arrêts de cet insondable et ténébreux « fatum » devant lequel Jupiter lui-même tremblait!... dit-on? Il était réservé à notre vénérable collègue de Clermont-Ferrand, d'en subir l'épreuve sur la fin de sa carrière, et d'entrer à son tour en scène dans cette « via dolorosa » que lui-même baptisa jadis *Martyrologe de la Psychiatrie*. Toutefois rassurez-vous, âmes sensibles et confraternelles! bien que terriblement secoué, par deux assauts successifs, notre ami, quoique resté effrité, vit encore, et lui-même, sur notre demande, nous transmet succinctement le récit de ses mésaventures.

Dans les premiers jours de septembre 1902, un nommé H..., inculpé de plusieurs crimes, mais réputé fou, fut examiné par un jury médical *non aliéniste*; déclaré irresponsable, il fut interné d'office à Sainte-Marie. C'était un homme de cinquante-neuf ans, à voix féminisée, vif dans ses explications, heureux de s'en tirer à si bon marché; habitus et développement intellectuel d'un « roulant ». Il me parut si « bon garçon » que je le plaçai de suite parmi les tranquilles. Quelques jours après, l'ayant appelé pour lui demander quelques renseignements complémentaires sur ses méfaits (1), car je n'avais sur son compte et ses antécédents que des notions très vagues (2), il en fut extrêmement mortifié et se retira en grommelant; le lendemain, il marmotta quelques menaces auxquelles on ne prêta, malheureusement, pas assez attention; et le 26 septembre, au matin, caché derrière la porte de la salle de jour, au moment où j'entrais, d'un coup de tête dans l'estomac, il m'étendit sur le dos, avec tant de rapidité que, sur le moment, je ne me rendis compte de rien; en m'attaquant, un voisin l'entendit prononcer ces paroles empreintes de cordialité!? « Tiens, gredin, attrape toujours ça en attendant ». Cependant, je m'étais relevé, absolument moulu, mais ayant constaté que je n'avais rien de cassé

---

(1) *Très imprudent de rappeler aux aliénés leurs actes criminels; presque toujours, on provoque en eux une violente irritation : quand on en a parlé une fois à leur entrée, et encore avec discrétion, il n'y a plus à y revenir.*

(2) *L'insuffisance de renseignements sur les malades internés, et particulièrement les « offices », est tellement notoire et regrettable, que j'en ai fait le sujet d'une étude spéciale, qui paraîtra un jour dans les Annales.*

et que je ne crachais pas de sang, je continuai ma visite. En me relevant, je vis quelqu'un qui fuyait, poursuivi ; puis, j'entendis des cris ; c'était mon homme, que mes malades indignés étaient en train de lyncher ; je fus obligé de le leur arracher et de le conduire à l'infirmerie ; il avait les yeux pochés, deux côtes cassées, et lui aussi, était moulu. Il me demanda pardon, m'embrassa, et m'affirma qu'il ne pouvait s'expliquer son acte, que par une impulsion instantanée. Parmi les malades qui s'étaient le plus acharnés contre H..., se trouvait un nommé B..., plus tard mon second meurtrier, moi qui lui avait une sorte de gratitude du zèle qu'il avait mis à maîtriser H... ; fiez-vous y : les paroles qu'il a prononcées, indiquent clairement que *l'exemple fut contagieux* ; il y aurait là une étude bien intéressante à faire sur le contagement dans une « société » de malades.

Tout autre est B..., petit, trapu, nature timide, effacée, ancien séminariste, atteint de délire mystique de persécution ; très délirant, hallucinations internes, et aussi sensorielles ; interpelle les co-malades en les accusant d'une foule de choses et en ayant reçu force gourmades ; j'avais même ordonné de le mettre à part, dans les moments où, très surexcité, il objurgait le « public » d'une voix extrêmement forte qui ne lui était pas habituelle (1), pour lui éviter d'être passé à tabac par quelque « peu endurant ». Le 5 juin au matin, alors que j'étais encore à peine remis du premier assaut, je passais devant la salle de musique, où B... se trouvait seul, entre mon médecin-adjoint et mon infirmier-chef ; tout d'un coup, je sentis un poids sur mes épaules, et je fus précipité à terre avec tant de violence, que je crus que c'était le plafond qui était tombé, et que j'appelai au secours ; relevé, j'avais le nez presque écrasé, et quelques heures après, mon visage devenu noir me donnait une assez grande ressemblance avec un chauffeur d'automobile muni de son masque ; le poignet droit était contusionné ; c'était B... qui, s'élançant sur moi par derrière, m'avait précipité en tombant avec moi. A l'heure qu'il est je souffre encore de mon malheureux nez et de mon poignet, mais tout cela ne serait rien : le plus grave c'est l'ébranlement du corps et « l'effort-cardiaque » qui en est résulté, dont je souffre toujours, et qui me force à me retirer. B... conduit dans la section des agités, fut interrogé ; il fut évident pour moi, que son acte était le résultat de ses conceptions délirantes et déterminé par « l'imitation ». Et en

---

(1) Encore un indice que j'ai constaté plusieurs fois, que ce changement subit de voix, qui de « flûtée et timide » devient « basse et autoritaire » sous l'influence de quelque tempête mentale.

regard de ces deux malades, qui n'avaient rien à me reprocher, pour lesquels j'avais même eu quelques attentions, des centaines d'autres, qui m'accusent de les tenir internés, d'être cause de leur malheur, etc... et qui... ne bougent pas! et *nunc erudimini*.

Dans le temps, l'un d'eux me pressa les épaules au point de me couper la respiration; un autre me pressa le cou dans ses puissantes mains parce que je l'interpellais; H... m'attaquait par devant; B... m'attaquait par derrière; où ça s'arrêtera-t-il? ma foi, je pense qu'il y a là pour moi une sorte d'avertissement dont il faut tenir compte.

Je prends donc ma retraite... sans retraite, les aliénistes d'asiles privés étant sans doute moins bien partagés que leurs collègues des établissements publics, sous ce rapport et d'autres encore; après trente-neuf ans d'exercice (avant d'être médecin en chef, je venais depuis cinq ans à l'asile comme médecin-adjoint officieux), plus de soixante travaux imprimés, non seulement sur la médecine mentale, mais aussi sur d'autres sujets, un nombre considérables de notes manuscrites et observations, plusieurs centaines de rapports juridiques, trois ou quatre attentats, quelques inventions et innovations et... soixante-sept ans passés d'âge! Le moment de prendre du repos terrestre est venu, en attendant celui que « l'au delà » me réserve.

D<sup>r</sup> HOSPITAL.

#### LA TUBERCULOSE DANS LES ASILES DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE.

Le D<sup>r</sup> Chapman que l'*Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande* chargea naguère, en raison de sa compétence en matière statistique, de reviser le travail du Comité de la tuberculose, envoie aux *Annales* le résultat de ses recherches. Cette statistique dont la précision scientifique fait un document de haute valeur, ne renverse aucune donnée ancienne mais plutôt tend à confirmer et à renforcer les connaissances actuelles.

L'auteur tire de son travail quatre conclusions principales :

1<sup>o</sup> Il montre d'abord l'importance capitale de l'infection hospitalière dans la tuberculose des aliénés. En effet, pour 100 aliénés qui apportent la tuberculose en entrant, il y en a 375 qui la contractent à l'asile. De plus, lorsque dans un asile le taux de la mortalité tuberculeuse est plus fort, c'est qu'un plus grand nombre d'aliénés ont apporté la maladie en entrant, mais c'est aussi parce qu'ils ont ainsi semé plus abondamment la contagion. Comme déduction pratique de ces constatations, M. Chapman indique la nécessité de séparer les aliénés tuber-

culoux des autres. Cette conclusion est d'autant plus intéressante pour nous qu'en France, d'après Brouardel, les aliénés paient un tribut presque trois fois plus considérable que les autres habitants au fléau tuberculeux, et l'on connaît depuis les travaux d'Anglade et Chocreaux (1) l'étiologie particulière de la tuberculose chez les aliénés. Chez eux, comme chez les enfants, c'est par les selles que se répand principalement la contagion. Il faut donc espérer que, malgré leur valeur, les objections faites à l'isolement des tuberculeux aliénés n'empêcheront pas ce progrès indispensable à l'hygiène des asiles, et que l'on pratiquera avec l'isolement les procédés particuliers de désinfection préconisés par les deux auteurs français. Souhaitons aussi que dorénavant les statistiques ne dédaignent pas l'étude des modes d'infection bacillaire.

2° Les statistiques anglaises démontrent l'extrême importance d'une situation saine, d'un sol sec et bien drainé, nécessité bien connue mais pas assez observée.

3° De plus, les qualités propres des asiles ont une importance considérable dans la production de la tuberculose, et c'est ce qui a permis de classer les asiles en *bons* et *mauvais*, selon que leur moyenne de mortalité tuberculeuse n'atteint pas ou dépasse 2 p. 100.

4° Enfin, certaines conditions plus fréquentes dans les bons asiles que dans les autres sont : la ventilation artificielle et le chauffage par calorifère, le temps passé hors des salles, le cube d'air des pièces. Tous ces facteurs dont l'absence ne suffirait pas à constituer un mauvais asile au point de vue tuberculose, se voient cependant plus fréquemment dans les meilleurs ; mais l'étude de ces faits est très délicate, car si l'on examine trop le détail, bien des causes secondaires viennent compliquer l'étude des statistiques. Cependant un point capital par lequel termine M. Chapman, c'est la difficulté d'obtenir une bonne aération, dans l'état actuel des asiles, sans ventilation artificielle et sans chauffage, dans les dortoirs qui ont par tête moins de 800 pieds (environ 22 mc. 5).

VICTOR PARANT-fils.

---

(1) Cf. Anglade. La propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés. *Annales médico-psychologiques*, 1902, Janv. Févr., et Anglade et Chocreaux. Académie de Médecine, séance du 14 janvier 1902.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*Suite*).

62. *Tentative de suicide.* — Pierre Leclerc, maçon, âgé de quarante ans, demeurant rue du Pré-Saint-Gervais, a déjà été interné plusieurs fois dans les asiles d'aliénés. Le malheureux, que poursuit la monomanie du suicide, a des instants de lucidité grâce auxquels il obtient son « exeat ». Or, la tante de Leclerc, avec qui il habitait, décédait hier soir subitement ; l'ouvrier maçon, en présence du cadavre de sa parente, sentit germer dans son cerveau malade le désir d'échapper à ce lancinant spectacle. Il courut comme un fou — c'est bien le cas de le dire — jusqu'au faubourg du Temple et se jeta dans le canal Saint-Martin. Des marinières le retirèrent et le conduisirent au poste de secours situé quai Valmy, où des soins énergiques lui furent prodigués.

Questionné par M. Nadaud, commissaire de police, Pierre Leclerc fit le récit de sa lamentable existence et termina en implorant le magistrat de le faire interner à nouveau pour échapper à la tentation d'un second acte de désespoir.

Le désir de Leclerc a été immédiatement réalisé, car, peu après, il était dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. — (*Le Matin*, numéro du 20 mai 1903.)

63. *Une folle incendiaire.* — Pour arriver à nourrir ses deux enfants en bas âge, une ménagère, Mme Louise Guillot, âgée de trente ans, mariée à un terrassier, et demeurant rue Feutrier, s'était tellement surmenée que, dernièrement, elle tombait grièvement malade.

Le mari, qui est en traitement à l'hôpital depuis deux mois, fut aussitôt prévenu.

Il ne put que confier ses enfants à une voisine charitable, en attendant le rétablissement de leur mère.

La nuit dernière, vers deux heures, M<sup>me</sup> Guillot, prise soudain d'une crise de folie furieuse, quitta son lit, s'arma d'une hachette, et se mit à briser son mobilier. Puis, au grand effroi de ses enfants, la pauvre aliénée versa de l'essence sur les débris et y mit le feu.

Attirés par le bruit, des voisins enfoncèrent la porte. Tandis que l'un d'eux maintenait la malheureuse folle, d'autres emportaient les enfants dans leurs bras ; puis ils éteignirent le commencement d'incendie.

M<sup>me</sup> Guillot a été dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, par les soins de M. Carpin, commissaire de police. (*L'Écho de Paris*, n° du vendredi 29 mai 1903.)

64. *Déménagement par la fenêtre.* — Hier matin, les loca-

taires du n° 16 de la rue Grange-Batelière étaient réveillés à six heures par un vacarme épouvantable.

C'était un ancien artiste lyrique, nommé Paul Quillet, âgé de cinquante-cinq ans, qui, pris d'un accès de folie, jetait ses meubles par la fenêtre.

Quant lit, armoire et chaises furent par terre, le fou tira six coups de revolver sur des êtres imaginaires qui le tracassaient.

Pour s'emparer de lui, on usa d'un stratagème. Le concierge frappa à sa porte et lui annonça qu'il apportait une lettre chargée. L'ancien artiste parut sur le palier. Quatre agents le saisirent, le ligotèrent et le portèrent au commissariat de M. Rieux, d'où il fut dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. (Le *Matin*, numéro du 13 juin 1903.)

65. *Tentative d'homicide.* — On écrit de Dijon au *Temps* (numéro du vendredi 26 juin 1903) :

Un nommé Edmond Bizouard, âgé de quarante ans, domestique, après une absence d'environ quinze ans était rentré au pays natal à Thorey-sous-Charny (Côte-d'Or) pour soigner, disait-il, une maladie nerveuse, et avait pris pension à l'auberge Meunier.

Dans la soirée d'hier, Meunier, qui avait dû s'absenter pour servir des consommateurs, entendit son petit garçon de deux ans pousser, tout à coup, des cris déchirants. Il rentra précipitamment et vit Bizouard qui maintenait le pauvre enfant sur des charbons ardents.

Meunier se jeta sur le fou devenu furieux et put lui arracher l'enfant, dont les vêtements étaient presque déjà entièrement brûlés.

Des voisins aidèrent à maintenir le fou, dont la surexcitation était terrible. Les gendarmes de Vitteaux, avisés, l'emmenèrent devant le juge d'instruction de Semur, qui requit le Dr Simon pour l'examiner.

Bizouard va être envoyé à l'asile d'aliénés de Dijon, où il y a déjà trois de ses frères et sœurs internés.

66. *Suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 28 juin 1903) :

Hier après midi, vers trois heures, le Dr Babinski, spécialiste des affections nerveuses, recevait la visite dans son cabinet, 170 bis, boulevard Haussmann, d'un fonctionnaire d'un département du Nord, accompagné de sa femme. Les deux époux venaient d'arriver à Paris pour consulter le Dr Babinski au sujet des troubles nerveux dont souffrait la jeune femme. Cette dernière était atteinte, depuis quelque temps, de mélancolie, et manifestait des intentions de suicide.

La consultation terminée, le mari et la femme quittèrent le cabinet du docteur, et, pour gagner la porte de sortie, traver-

sèrent la salle à manger. Se ravisant soudain, le mari laissa sa femme dans cette salle, pour retourner auprès du D<sup>r</sup> Babinski, dans le dessein de lui demander un dernier renseignement.

Quand il revint dans la salle à manger, sa femme, qui n'était restée seule que quelques minutes, avait mis ce temps à profit pour escalader la barre d'appui de la fenêtre. Elle s'y tenait suspendue, au-dessus de la cour intérieure de la maison, à une hauteur de trois étages.

Malgré tous les efforts du mari, du D<sup>r</sup> Babinski et d'un domestique, on ne put retenir la malheureuse, qui tomba et se brisa le crâne sur les pavés de la cour.

La mort fut instantanée. M. Prélat, commissaire de police, remplaçant M. Mourgues, en congé, procéda aux constatations d'usage.

Le cadavre de la victime a été transporté chez son frère, qui habite Paris. Les obsèques auront lieu demain en province.

67. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 1<sup>er</sup> juillet 1903) :

Ce matin, vers 11 heures, un drame s'est déroulé au n<sup>o</sup> 37 de la rue de Surène, dans l'hôtel de M<sup>me</sup> veuve Picard, femme de l'ancien président de la Chambre des avoués. Un valet de chambre à son service, François Soltrey, âgé de vingt-huit ans, a tiré sur elle un coup de revolver et s'est ensuite suicidé.

La concierge de l'hôtel, qui était accourue au bruit des détonations, nous a fait de ce drame le récit suivant :

Soltrey était depuis deux ans et demi au service de notre maîtresse en qualité de valet de chambre. C'était un garçon doux, laborieux, sobre, économe et rangé, estimé dans la maison. Souffrant d'un abcès dans l'oreille, il s'était fait traiter et l'affection avait disparu. Mais il est probable — et c'est, je crois, l'avis du médecin qui est venu donner des soins à M<sup>me</sup> Picard — que le mal s'était simplement déplacé et avait fini par affecter le cerveau. Cela expliquerait l'accès de folie dont le malheureux a été frappé ce matin.

Voici, en effet, comment les choses se sont passées : François Soltrey, après avoir vaqué comme d'habitude à ses occupations du matin, s'est rendu vers 11 heures auprès de sa maîtresse, lui disant qu'un visiteur l'attendait dans la bibliothèque. Sans défiance, M<sup>me</sup> Picard est allée dans cette pièce ; mais le valet de chambre n'a pas tardé à l'y rejoindre. C'est alors que le drame s'est déroulé.

On a retrouvé sur une table une lettre incohérente, par laquelle Soltrey, entre autres propositions dénuées de sens, demandait à M<sup>me</sup> Picard une augmentation de salaire de 100.000 francs. Il paraît donc probable que le domestique a remis la lettre à sa patronne, et que celle-ci ayant manifesté

quelque surprise en la lisant, le meurtrier, pris tout à coup de folie furieuse, a tiré sur elle un coup de revolver, après quoi il s'est brûlé la cervelle et est tombé sur le parquet.

La blessure de M<sup>me</sup> Picard n'aura pas, on l'espère, de suites graves. La balle a traversé les deux joues de part en part, effleurant la mâchoire supérieure. On pense que, malgré son grand âge (M<sup>me</sup> Picard a quatre-vingts ans), elle survivra à la blessure et à la terrible émotion qu'elle a ressentie.

Quant au valet de chambre, il est mort sur le coup, et une voiture des ambulances urbaines a emporté son corps aussitôt après que le D<sup>r</sup> Berger a eu constaté le décès.

Le petit-fils de M<sup>me</sup> Picard nous a confirmé que l'état de sa grand'mère n'inspirait point de vives inquiétudes.

Veuve depuis trois ans, M<sup>me</sup> Picard a eu trois enfants : une fille, mariée à M. Bouruet-Aubertot, ancien directeur du « Gagne-Petit », le commandant d'état-major Paul Picard, en service au ministère de la guerre, et M. Maurice Picard, mort il y a sept ans.

Un domestique nous a donné sur François Soltrey les mêmes renseignements que la concierge. Il nous a dit, en outre, que le valet de chambre se déclarait fréquemment satisfait de sa situation : il gagnait 120 francs par mois, recevait 40 francs en supplément à Pâques et, bon an mal an, 200 francs d'étrennes ; en outre, il était habillé, nourri et blanchi. Seul un accès de folie subite a pu le pousser au meurtre et au suicide.

68. *Le crime d'un fou.* — Clément Brun était, depuis deux mois, domestique de ferme chez les époux Girard, à Pommerol (Drôme). D'un caractère sombre, bizarre, il avait plusieurs fois manifesté des intentions de suicide. Dans la journée du 14 juillet, il sortit avec un fusil pour aller chasser des petits oiseaux et n'a plus reparu depuis.

On l'avait entendu tirer un coup de fusil ; personne ne se doutait qu'il venait de tuer la fille aînée de ses maîtres, une enfant de douze ans qui dormait sous un hangar.

On croit que Clément Brun, après son crime, s'est suicidé, comme il en avait plusieurs fois manifesté l'intention. (*Le Temps*, numéro du vendredi 17 juillet 1903).

#### LE POIDS DU CERVEAU ET LE GENRE DE TRAVAIL.

Un médecin de Prague, M. Matiegka, qui a consacré un temps considérable à la préparation d'un travail sur le poids du cerveau, et sur les rapports de ce poids avec différentes conditions intrinsèques et extrinsèques, ledit travail étant basé sur des matériaux recueillis à l'Institut de médecine légale, et à l'Ins-



titut d'anatomie pathologique de Bohême, fournit quelques renseignements intéressants sur la question à laquelle il s'est consacré. Le cerveau le plus lourd qu'ait rencontré M. Matiegka a été celui d'un jeune homme de vingt-deux ans, de haute stature (1<sup>m</sup>,80) et de forte corpulence : ce cerveau pesait 1820 grammes. Les cerveaux de femmes les plus lourds n'arrivaient pas à plus de 1500 grammes ; le plus léger pesait 1020 grammes (vingt-cinq ans, 1<sup>m</sup>,50 de stature), en excluant toutefois les cerveaux séniles : ceux-ci sont plus légers encore, chez la femme du moins ; on en a vu de 1000 grammes chez une femme de quatre-vingt-neuf ans. En moyenne le cerveau masculin pèse 1400 grammes, et le féminin 1200 grammes, entre vingt et cinquante-neuf ans. M. Matiegka cite aussi le poids de quelques cerveaux de personnages sortant du commun : relevons, notamment, les chiffres de 1595 grammes pour un romancier bulgare, Konstantinoff ; de 1250 grammes pour Smetana, compositeur, et aliéné (démence paralytique) ; 1300 grammes pour Kolar, auteur dramatique bohémien (quatre-vingt-quatre ans, atrophie sénile) ; de 1250 grammes pour une actrice, Marie Bittner, âgée de quarante-quatre ans ; et 1512 grammes (par évaluation d'après la capacité crânienne selon la méthode de Manouvrier) pour Savarik, un slaviste bien connu.

Un tableau intéressant est celui où M. Matiegka a donné le poids moyen du cerveau dans ses relations avec le genre de travail. Ce tableau a été construit au moyen de 235 poids cérébraux concernant des individus de fonctions et de culture très variées :

Occupations.	Nombre de cas.	Poids moyen.
I. Journaliers . . . . .	14	1.410 gr. 0
II. Ouvriers, manœuvres . . . . .	34	1.433 gr. 0
III. Portiers, gardes, surveillants . . . . .	14	1.435 gr. 7
IV. Mécaniciens, etc. . . . .	123	1.449 gr. 6
V. Gens d'affaires, commis, musiciens professionnels, photographes, etc. . . . .	28	1.468 gr. 5
VI. Médecins, personnes occupées à des besognes supposant une éducation universitaire. . . . .	22	1.500 gr. 0

On remarquera spécialement le faible poids cérébral des individus occupés à la fabrication ou à la vente des boissons alcooliques : brosseurs, cabaretiers, garçons de café, etc. ; le poids

est de 1419 gr. 9, tandis qu'on obtient 1476 gr. 7 chez les forgerons, serruriers et autres travailleurs de métal; et que les cochers et conducteurs de charrette, même, sont à 1445 gr. 7, les menuisiers à 1441 gr. 8 et les individus employés dans les industries de vêtement, 1433 gr. 6. Ces derniers sont mal nourris, et pauvres en muscles, soit dit en passant. Sans doute, dit M. Matiegka, la faiblesse du poids cérébral chez les individus qui vivent autour de l'alcool est due à ce que beaucoup de ceux-ci s'adonnent à la boisson.

(*Revue scientifique*, n° du 20 juin 1903.)

#### FAITS DIVERS.

*Une idylle dans un hospice d'aliénés.* — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du mardi 30 juin 1903) :

Une idylle dans un asile d'aliénés, entre un marquis et une religieuse, tel est le fait peu banal qui, en ce moment, est l'objet de conversations des salons de l'aristocratie romaine.

Le héros, marquis Alberto Ferrari, sportsman en automobilisme, très connu, donnait, depuis quelque temps, des signes d'excentricité qui inquiétèrent sa famille. Sur le conseil d'un médecin, lequel avait diagnostiqué chez le marquis un commencement de paralysie, celui-ci fut placé en observation au Manicomio, c'est-à-dire à l'hospice des aliénés.

Comme les symptômes n'étaient nullement inquiétants et même peu évidents, on permit au marquis d'apporter avec lui sa bicyclette, et il alla occuper une chambre à la villa Gabrielli, enclose dans l'hospice. Tous les jours il faisait des promenades dans la villa, tantôt à pied, tantôt en vélo.

Contiguë au Manicomio se trouve la villa Barberini, autre hospice pour les dames, admises à paiement. Or, dans ses promenades, le marquis Alberto, qui est âgé de trente-cinq ans, remarqua dans la villa voisine une jeune religieuse carmélitaine fort jolie en traitement pour neurasthénie hystérique. Il en devint féru et dès lors dirigea ses promenades de manière à la voir et, paraît-il, un courant sympathique s'établit entre ces deux êtres, affligés en quelque sorte d'un sort commun.

Non content de parler à sœur Madeleine, tel est le nom de la religieuse, une française appartenant même à une grande famille, le marquis lui fit parvenir, par l'entremise d'un factotum de l'hospice, des lettres où il lui décrivait son amour en termes brûlants. Sœur Madeleine les recevait mais ne répondait pas, ce qui exaltait encore plus son ardent adorateur.

Une quinzaine de jours s'écoulèrent ainsi, et comme les indices de paralysie ne venaient pas, le directeur de l'hospice crut

opportun de rendre au marquis sa liberté. Mais celui-ci, toujours plus amoureux, continua à écrire à sœur Madeleine, offrant de l'enlever et de l'épouser; malheureusement les lettres arrivaient aux mains du directeur, lequel les déchirait sans pitié.

Un jour, un « chauffeur », muni de ses besicles en toile métallique, sonne à la porte de l'hospice. « Je suis, dit-il au portier, porteur d'une lettre du frère de sœur Marie-Madeleine et je suis chargé de l'emmener.

— Vous êtes, lui répond le pipelet, le marquis Ferrari, je ne vous laisse pas entrer.

Quelques jours après, un camérier de cape et d'épée du pape, en grand costume, se présente à la villa Barberini et demande à parler à sœur Madeleine.

Le camérier, avec sa barbe grise, avait un air respectable; le portier le laisse entrer, lui fait déposer son épée dans l'antichambre et se dispose à annoncer le visiteur à la directrice. Tout à coup, celui-ci se précipite en courant vers les chambres des pensionnaires :

— Où est sœur Madeleine? Où est sœur Madeleine?

A ces cris, tout le personnel accourt. Malgré sa fausse barbe, on reconnaît de suite le marquis Ferrari. Son état d'exaltation était tel qu'à grand'peine on put le maintenir et le conduire chez le directeur.

Cette fois, le pauvre marquis est réellement fou. Il est resté en traitement au Manicomio, mais il n'a plus permission de se promener sous la fenêtre de sœur Madeleine.

*Condamné à mort devenu fou.* — Le *Journal de l'Aisne* annonce que Loizemant, cet employé des contributions indirectes, condamné à mort pour avoir assassiné la femme de son receveur, en apprenant la grâce de Moort, condamné après lui par la cour d'assises de l'Aisne, commença à donner des signes de dérangement cérébral. Le calme serait peut-être revenu dans son esprit, lorsqu'un événement en apparence insignifiant, l'évasion de deux jeunes détenus, vint aggraver son état. Pris d'épouvante en entendant le bruit fait à l'intérieur de la prison au moment de la constatation de la disparition des deux fugitifs — qui, entre parenthèse, ont été rattrapés — le condamné s'imagina que sa dernière heure était venue et qu'on venait le chercher pour le conduire à l'échafaud. Depuis, sa raison déjà ébranlée a complètement sombré dans la secousse morale et la frayeur qu'il éprouva, et il est en proie à cette excitation que l'on appelle la folie de la persécution.

Le pourvoi de ce condamné a été rejeté avant-hier par la Cour de cassation (Le *Temps*, numéro du dimanche 12 juillet 1903).

*Fin tragique d'une tentative d'évasion.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 29 août 1903) :

« Ce matin, une aliénée de l'établissement du docteur Redon, établi 17, rue de Penthièvre, à Sceaux, M<sup>lle</sup> Marie Lamotte, âgée de cinquante ans, a voulu s'évader. Profitant d'un moment d'inattention de l'infirmière, elle a escaladé un treillage placé sur le mur qui contourne la maison et s'est précipitée dans la rue d'une hauteur de vingt mètres.

« La malheureuse s'est tuée sur le coup. »

*Asile public d'aliénés de Clermont (Oise).* — Deux places d'interne en médecine sont actuellement vacantes à l'asile des aliénés de Clermont.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivantes : Indemnité annuelle de 800 francs, plus le logement, la nourriture, le blanchissage, l'éclairage et le chauffage.

Les candidats devront être de nationalité française, avoir 16 inscriptions valables pour le doctorat en médecine et présenter un certificat de bonne vie et mœurs.

Adresser les demandes à M. le Directeur de l'asile de Clermont.

*Le Rédacteur en chef-Gérant :* ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Psychologie morbide

LE PROPHÈTE SAMUEL

Par le D<sup>r</sup> Charles BINET-SANGLÉ

Professeur à l'École de psychologie de Paris.

*Suite (1).*

---

II. — LA PREMIÈRE HALLUCINATION VERBALE.

Fils d'un dévot et d'une dévote surémotive et qui avait été longtemps stérile, soumis dès l'âge le plus tendre aux suggestions des cohènes, des roës, des dévots, de tous les psychopathes qui fréquentaient l'ohel-mohed, vivant dans la maison du dieu, parmi les objets du culte, dans une atmosphère d'idées religieuses et de foi passionnée, Schemouël fit bientôt preuve d'une

---

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre 1903.

mentalité spéciale, qu'il devait sans doute autant à son ascendance qu'au milieu où ses parents l'avaient plongé.

La vie religieuse est monotone. Le cerveau fermé à la lumière et au bruit extérieurs du moine et du prêtre, du prêtre sémitique surtout, est toujours dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil. La moindre idée nouvelle y provoque des sursauts, et, absorbant toute l'énergie cérébrale, allume en cette ombre des clartés d'incendies. Le plus petit fait y prend la proportion d'un événement; et Nicolas Boileau-Despréaux, en écrivant le *Lutrin*, n'a fait que grossir jusqu'au burlesque des réalités.

Le scandale soulevé dans le monde des dévots qui fréquentaient Schilo par les deux cohènes fils d'Eli, Hophni et Pinehas, dut révolutionner le petit Schemouël. Hophni et Pinehas s'approprièrent, au besoin de vive force, une partie de la viande qui revenait aux fidèles après le sacrifice pacifique, et couchaient avec les dévotes qui veillaient à l'entrée de l'ohel-mohed. Il n'était bruit que de leurs vols et de leurs débauches, si bien qu'un jour un homme atteint de l'affection mentale que nous retrouverons chez Schemouël, un roë, vint menacer, dans le langage incohérent et enflammé propre à ces fous mystiques, Eli de faire mourir ses fils :

« Ainsi parle Iahvé : ... Pourquoi tant de mépris du sacrifice et de l'offrande que j'ai établis ? Pourquoi estimes-tu tes fils plus que moi ? et vous engraissez-vous de la fleur de toutes les offrandes d'Israël, mon peuple ? Aussi, parole d'Iahvé, l'Elohim d'Israël, j'avais dit que ta maison et la maison de ton père serviraient devant moi à jamais ! Mais maintenant voici ce que déclare Iahvé. Loin de moi ! car ceux qui m'honorent, je les honore ; et ceux qui me méprisent, je les méprise. Ils viendront les jours où je couperai ta semence et celle de la maison de ton père, de sorte qu'il n'y aura point de

vieillard dans ta maison. Quand Israël sera dans la joie, tu verras l'angoisse chez toi. Plus jamais de vieillard dans ta famille ! Cependant *il y a l'un des tiens que je ne retrancherai pas de mon autel*, afin d'affaiblir tes yeux et d'accabler ton âme ; mais les autres succomberont en pleine virilité. Ce qui arrivera à tes deux fils, Hophni et Pinehas, te servira de signe. En un même jour tous les deux mourront. *Je me susciterai un cohène fidèle, qui selon mon cœur et ma volonté se comportera. Je lui bâtirai une sûre maison, et il se promènera devant mon oint, tous les jours. Quiconque restera de ta maison viendra se prosterner devant lui pour une pièce d'argent ou pour un rond de pain et dira : « Donne moi l'onction pour que je puisse manger un morceau de pain. »*

Ces scandales, ces rumeurs, cette prédiction effrayante, quelle source d'émotions, d'obsessions et de rêves pour le jeune Schemouël !

L'ohel-mohed était une construction de bois, de 30 mètres de long sur 10 mètres de large, et divisée par un voile précieux en deux compartiments. Le compartiment antérieur ou *hekal* mesurait 20 mètres, le compartiment postérieur ou *débir*, ou *saint des saints*, 10 mètres de longueur. C'était dans le *débir* de Schilo que se trouvait l'Arche. C'était là que, selon la croyance populaire, Iahvé descendait dans une colonne de nuée pour s'entretenir avec le chef du sacerdoce. L'un des cohènes ou des lévites de service y couchait, et une lampe y brûlait jusqu'au jour.

Un matin, — la lampe d'Elohim n'était pas encore éteinte, — comme Schemouël reposait dans le *débir*, à côté de l'arche, il eût une *hallucination hypnagogique*. Il s'entendit appeler, répondit : « Me voici », et courut vers Éli, qui était sans doute couché dans une construction attenante à l'ohel-mohed :

— « Me voici, lui dit-il, tu m'as appelé. »

— « Je ne t'ai pas appelé, répondit Éli, retourne te coucher. »

L'enfant se remit à reposer (1). »

Mais il s'entendit appeler une seconde fois, et se rendit vers Éli :

— « Me voici, lui dit-il, tu m'as appelé. »

— « Je ne t'ai pas appelé, mon fils; retourne te coucher. »

Pour la troisième fois, il entendit prononcer son nom, alla vers Éli et dit encore :

— « Me voici, tu m'as appelé. »

Le vieux cohène crut à une intervention divine :

— « Va te coucher, dit-il à Schemouël, et si on t'appelle encore, réponds :

— « Parle Iahvé, car il écoute, ton serviteur. (2) »

C'était une suggestion dangereuse, et qui, pratiquée chez un enfant mal éveillé et pénétré de cette croyance qu'Iahvé visitait parfois le débir, avait toute chance d'être efficace.

En effet la suggestibilité est très grande chez l'enfant, d'autant plus grande qu'il est plus jeune (3), (Liebeault, Bernheim, Vitale Vitali, Victor Henri, Alfred Binet, Vaschide, etc.), ce qui tient, selon moi, à ce que la suggestibilité est fonction de la contractibilité des neurones, et qu'une cellule est d'autant plus contractile qu'elle est plus jeune. D'autre part la suggestibilité, très prononcée dans l'hypnose et dans le sommeil naturel, en raison de la dissociation neuronienne qui existe alors, et qui rend impossible le contrôle d'une idée par l'autre, est encore, pour les mêmes raisons, très grande dans l'état hypnagogique.

---

(1) I *Schemouël*, III.

(2) *Ibid.*

(3) Alfred Binet. *La suggestibilité*. Paris, Schleicher, 1900.



C'était donc Iahvé qui appelait Schemouël ! Comment n'aurait-il pas désiré entrer en communication avec le dieu ? et de quoi celui-ci pouvait-il l'entretenir, sinon des scandales d'Hophni et de Pinehas, et de ce qu'il leur avait prédit par la bouche du roë ?

Il alla se recoucher, et entendit prononcer près de lui son nom :

— « Schemouël ! Schemouël ! »

— « Parle, dit Schemouël, car il écoute ton serviteur ! »

— « Voici, cria Iahvé, que je vais accomplir en Israël une chose telle qu'à tous ceux qui l'apprendront les deux oreilles leur tinteront. En ce jour, je ferai se dresser contre Éli de point en point tout ce que j'ai prédit à sa maison, ce que je lui ai annoncé, c'est-à-dire que je jugerai sa famille à jamais, à cause des crimes dont il savait ses fils coupables et qu'il n'a pas réprimés. Ainsi ai-je juré à la maison d'Éli. Son iniquité ne sera point expiée ni par un sacrifice, ni par une offrande à jamais (1) ! ».

Sans doute ces deux prédictions, dont la première ne faisait que traduire les désirs de vengeance d'une foule indignée, et dont la seconde n'était que l'écho de la première, n'auraient pas été rapportées, si Hophni et Pinehas n'avaient été tués dans une bataille, ce qui, en cette période agitée de l'histoire d'Israël, n'avait rien de surprenant.

De quel phénomène le cerveau de Schemouël avait-il été le théâtre ?

Le système nerveux est une colonie de cellules munies de prolongements fins qui, en s'unissant bout à bout, constituent les conducteurs nerveux.

---

(1) *Schemouël*, III.

Il y a selon moi autant d'espèces de neurones corticaux qu'il y a d'espèces psychologiques définies. Je distingue donc les *neurones sensoriels* que viennent ébranler tout d'abord les ondulations nerveuses centripètes émanant des organes des sens, les *neurones mnésiques* situés en aval des premiers, et qui sont de véritables clichés où ces ondulations viennent se photographier ou se phonographier grâce à une réaction chimique encore inconnue, et enfin les *neurones moteurs* où se schématisent les actes. A l'état normal, la pression nerveuse est à peu près également répartie dans tous ces neurones.

Mais ce sont des cellules mobiles. Elles peuvent rétracter leurs prolongements, comme les pieuvres rétractent leurs tentacules, et sinon perdre le contact avec les neurones voisins créer, dans leur propre substance, par suite des changements de densité résultant de la rétraction, des zones mauvaises conductrices, des barrages, que j'ai appelés les *neuro-diélectriques*. Dès lors le conducteur qu'ils forment est interrompu, et le courant d'énergie qui vient du monde extérieur par les voies nerveuses centripètes pour retourner au monde extérieur par les voies centrifuges, ne passe plus.

Supposons que ce phénomène se produise pour un nombre limité de conducteurs. Ceux-ci étant réunis les uns aux autres par les prolongements collatéraux, le courant s'échappera dans les conducteurs voisins qui seront soumis à une pression plus grande, phénomène tout à fait comparable à ce qu'on appelle en électricité *phénomène de court circuit*.

L'hallucination n'est pas autre chose. *C'est un court circuit sur les neurones à images, avec reflux des ondulations sur les neurones sensoriels.*

Ce qui explique que l'hallucination unilatérale de l'ouïe, relevant d'une lésion de l'oreille interne, se

produise le plus souvent du côté opposé à la lésion.

L'hallucination est fréquente chez l'enfant parce que ses neurones, comme toutes les cellules jeunes, jouissent d'une contractibilité extrême. Elle se produit souvent chez eux sous l'influence de la terreur.

Fernand Bonchut (1) rapporte plusieurs exemples de ces hallucinations.

Françoise V..., âgée de huit ans, voit, sous cette influence, une bête noire s'avancer vers elle en la menaçant de lui couper le cou (obs. V).

Un garçon, âgé de dix ans, voyait sa mère dans le ciel et l'entendait parler (obs. XXIV).

Eugénie T..., âgée de onze ans, voyait, le jour et la nuit, des enfants jouer autour d'elle, et les entendait lui dire : « Je ne veux pas jouer avec toi (obs. XII) ».

Le fils, âgé de douze ans, d'un concierge de Bicêtre, entendait une voix lui dire : « Sauve-toi vite, dépêche-toi où je vais t'assommer (obs. LX) ».

Angèle O..., âgée de treize ans, à la suite de la frayeur provoquée par la mort accidentelle de son oncle, entendait la voix de celui-ci (obs. IX).

Une fille, âgée de quatorze ans, ayant été poursuivie par son père, qui voulait abuser d'elle, entendait, depuis, la voix d'un homme qui la menaçait de la battre (obs. XIV).

Une autre, du même âge, voyait devant elle, la nuit, pendant une ou deux heures, un fantôme blanc qui lui annonçait une mort prochaine (obs. XXIII).

Thérine J..., du même âge, vit un soir, à la lumière d'une lampe, apparaître une femme qui la menaça du poing et lui fit entrevoir la mort (obs. XVIII).

---

(1) Fernand Bouchut. Des hallucinations chez les enfants. *Thèse* de Paris. 1886..

Enfin Mathilde H..., du même âge, s'entendait quelquefois appeler par son nom de baptême (obs. LXII).

L'hallucination est fréquente chez l'hystérique parce que ses neurones arrêtés dans leur développement et atteints d'infantilisme, sont par ce fait même extrêmement contractiles.

L'hallucination est fréquente chez l'aliéné parce que beaucoup de ses neurones corticaux sont détruits, altérés ou rétractés, et que ses conducteurs perméables sont réduits de nombre.

L'hallucination se produit sous l'influence des poisons, de l'alcool, de l'opium, du haschich, des toxines de la fatigue, des toxines microbiennes, parce que ces substances déterminent la rétraction des neurones.

Le jeûne, l'ombre, le silence, les émotions violentes comme la frayeur, agissent de la même manière.

En un mot il existe pour les neurones, à l'égard des différents modes, — mécaniques, physiques, ou chimiques, — du mouvement, un optimum d'extension, en deçà et au delà duquel la rétraction commence pour aboutir à la rétraction complète (1). Dès lors on conçoit que l'hallucination soit surtout fréquente pendant le sommeil, où la plupart des neurones sont rétractés, (le rêve n'est pas autre chose qu'une hallucination), dans l'état somnambulique, et enfin dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil, dans l'état *hypnagogique*.

L'hallucination hypnagogique est compatible avec la raison, ce qui ne veut pas dire que les sujets réputés sains qui en sont victimes soient absolument normaux. Ce sont le plus souvent des dégénérés. Elle s'observe d'ailleurs fréquemment dans la période d'incubation de la folie.

---

(1) Ch. Binet-Sanglé. Le sommeil chez les êtres monoplastidaires et les végétaux. *Revue de l'hypnotisme*, 1902-1903.

Elle exige deux conditions :

- 1° L'hyperamiboïsme des neurones (1);
- 2° L'inanition, l'intoxication (alimentaire, organique ou microbienne), ou le traumatisme physique ou émotionnel des neurones.

Alfred Maury (2) a remarqué que l'usage du vin ou du café noir, ainsi que la fatigue, l'y prédisposaient.

De là aussi l'action des veilles prolongées.

C'est donc d'une hallucination hypnagogique que fut victime, dans la solitude, les ténèbres et le silence du débir, le jeune dégénéré mental, exposé aux pratiques de la veille et du jeûne, qu'était Schemouël.

Peut-être cette hallucination le surprit-elle éveillé quoique somnolent. Peut-être eut-il un rêve auditif qui se continua en hallucination de même nature. Le fait est loin d'être rare. Spinoso, Tissot (3), Liébeault (4), Paul Dupuy, en ont rapporté des exemples.

Tantôt l'hallucination précède le rêve.

Alfred Maury s'entend appeler par son nom au moment où il s'endort. Dans le rêve qui suit, son nom est plusieurs fois prononcé (5).

Tantôt, le rêve précède l'hallucination.

Marie L... rêve beaucoup depuis quelque temps à ses parents morts. Une nuit, elle s'entend appeler par son nom et se réveille. Elle perçoit alors les voix de sa mère, de sa sœur et de sa belle-sœur. Le lendemain, au moment de s'endormir, et quelques jours après, elle entend encore des voix (6).

(1) Ch. Binet-Sanglé. *Le mécanisme des phénomènes hystériques*. Revue de l'hypnotisme.

(2) Alfred Maury. *Le sommeil et les rêves*. Didier, 1865.

(3) Joseph Tissot. *L'Imagination, ses bienfaits et ses égarements*, Didier, 1868.

(4) Liébeault. *Du sommeil et des états analogues*.

(5) Alfred Maury. *Loc. cit.*

(6) Baillarger. *Des hallucinations*, Mémoires de l'Académie de médecine, t. XIII.

Paul Dupuy se réveille vers cinq heures du matin, après avoir rêvé qu'il était l'objet d'une surcharge d'impôt. Il entend alors prononcer cette phrase : « Votre contribution est augmentée d'un tiers en sus (1). »

Ce phénomène est facile à comprendre. L'hallucination et le rêve relèvent en effet du même mécanisme. Tous les deux sont dûs à un excès de pression dans un nombre restreint de conducteurs nerveux. Tous les deux consistent dans l'illumination de ces tubes de Gessler que sont les neurones impressionnés.

Pour bien comprendre en quoi consistent les hallucinations verbales et les phénomènes qui s'y associent, il importe de se rappeler ce que nous savons de la psychophysiologie du langage.

Les ondulations sonores correspondantes aux mots qui viennent ébranler l'organe téléphonique de Corti, y font naître des ondulations nerveuses qui, après avoir traversé les neurones des sensations auditives, vont se phonographier dans les neurones à images auditives groupés à la partie moyenne de la première circonvolution temporale.

Ceux-ci sont en relation par leurs prolongements avec les neurones où s'esquissent les actes phonateurs, lesquels sont situés sur le pied de la troisième circonvolution frontale, le plus souvent du côté gauche.

De plus il existe, très probablement au voisinage de ce dernier centre, un groupe de neurones chargés de recueillir et de conserver l'empreinte des ondulations centripètes engendrées par la contraction des muscles phonateurs. C'est le centre kinesthésique verbal.

Supposons que les neurones à images auditives entrent seuls et modérément en action, on aura le

---

(1) Paul Dupuy. *Etude psycho-physiologique sur le sommeil*, 1878.

phénomène connu sous le nom de *parole intérieure* et que je propose d'appeler pour plus de précision *parole intérieurement entendue*.

« Le soir, dit Victor Egger, lorsque la lampe est éteinte, lorsque le sommeil se fait attendre, nous ne pouvons faire taire notre pensée; nous l'entendons alors, car elle a une voix, vive comme elle, et qui la suit dans ses évolutions; non seulement nous l'entendons, mais nous l'écoutons (1). »

La vivacité des représentations auditives verbales varie avec les sujets. Faibles et à peine timbrées chez Paulhan, elles avaient chez Diderot, causeur infatigable (2), et chez Victor Egger, le timbre, le rythme et l'intonation de la parole extérieure.

Un degré de plus dans la pression nerveuse, et nous avons l'*hallucination auditive*. Théophile Gautier nous offre la transition. Un jour, il lit sur une affiche la phrase suivante :

« La polka sera dansée par M. X... »

Il est obsédé par cette phrase, il l'entend d'abord mentalement. Puis peu à peu elle revêt les caractères de la parole extérieure. Le phénomène dure plusieurs semaines et disparaît tout à coup (3).

Il y a lieu de distinguer deux variétés d'*hallucinations auditives verbales*.

Dans la première variété, le sujet localise la voix hallucinatoire à l'intérieur de son corps. Je l'appellerai *hallucination endo-auditive verbale*. Elle n'est qu'une forme vive de la parole intérieure. Elle est fréquente chez les dégénérés mentaux et en particulier chez les hystériques.

(1) Victor Egger. *Loc. cit.*

(2) Scherer. *Etude sur Diderot*, 1879.

(3) Hippolyte Taine. *De l'intelligence*, 1875, I, p. 434, 2<sup>e</sup> édit.

Philippe Pinel (1) parle d'une mélancolique qui entendait le soir avant de s'endormir, et le matin à son réveil, une voix résonner sur le derrière ou sur le sommet de sa tête. La voix cessait de se faire entendre lorsqu'elle se mettait sur son séant.

Christian (2) rapporte le cas d'un menuisier qui entendait des voix catholiques et des voix protestantes se chamailler dans sa tête. Cet homme s'était coupé le pouce d'un coup de tranchet sur un ordre hallucinatoire intérieur.

Dans un cas de Séglas, la voix était localisée dans les yeux.

Un malade de Ch. Vallon et A. Marie, halluciné à la suite d'un coup de revolver, entendait une voix dans chacune de ses oreilles (3).

Baillarger (4) parle d'un maniaque qui, au cours de sa convalescence, entendit, pendant quinze jours, une voix résonner dans son épigastre.

Lelut (5) signale un fait analogue.

Van Helmont fut lui-même victime de cette hallucination qui, d'après A. Bertrand, serait fréquente chez les hystériques.

Chez d'autres malades, la voix semblait venir de l'estomac, du ventre (Trenel), des intestins, des articulations (Baillarger).

La voix hallucinatoire intérieure est en général

---

(1) Pinel. *Nosographie philosophique*, Paris, 1798.

(2) Christian. Art. *Hallucination* du Dict. encyclopédique des sciences médicales.

(3) Ch. Vallon et A. Marie. Des psychoses religieuses. *Archives de neurologie*, 1896-1897. — Cazauviehl. *Du suicide et de l'aliénation mentale, et des crimes contre les personnes dans leurs rapports réciproques*. — Dupain. Étude clinique sur le délire religieux. Thèse de Paris, 1888, p. 162.

(4) Baillarger. *Loc. cit.*

(5) F. Lelut. *Le démon de Socrate*, 1836, p. 280.



sourde et d'un ton différent de la voix ordinaire. Elle peut être si faible qu'elle semble presque dépourvue de sonorité. D'autres fois, elle est d'une netteté parfaite. Pisniatchewski (1) rapporte le cas d'une femme qui conversait intérieurement avec son ancien médecin. Tantôt elle était obligée de prêter attention pour l'entendre, tantôt la voix absorbait toute son attention.

Dans une seconde variété, que j'appellerai *hallucination exoauditive verbale*, le sujet localise la voix à l'extérieur de son corps. En voici quelques exemples :

Benvenuto Cellini, enfermé à Rome par ordre du pape, et en butte aux cruautés du gouverneur de la prison, entendit un jour une voix lui crier : « Mon cher Benvenuto, allons ! allons ! Fais ta prière et crie fort ! » puis : « Va te reposer à présent et sois sans crainte. » Il continua de converser avec la voix (2).

René Descartes, après une longue retraite, entendit une voix qui l'engageait à poursuivre la recherche de la vérité.

David Brewster (3) rapporte le cas d'une dame très impressionnable et rêvant tout hant qui, pendant la convalescence d'un rhume, entendit, derrière la porte du salon où elle se trouvait, son mari l'appeler et lui dire : « Viens ici, viens ici. » Elle ouvrit la porte et ne vit personne. La voix retentit une seconde, puis une troisième fois. Elle répondit : « Où êtes-vous ? Je ne sais pas où vous êtes. » Son mari était absent.

Paterson (4) rapporte le cas d'un homme qui, un soir, dans l'obscurité, se sentit saisir par le bras, en même

(1) Pisniatchewski. Contribution à l'étude de la pensée qui prend la forme de la voix, *Obozrencé psichiatrie*. III. 1898.

(2) Benvenuto Cellini. *Mémoires*. Paris 1822, p. 282 et suite.

(3) David Brewster. *Letters on natural magie*, p. 32. London 1832.

(4) Paterson, in *The Edinburg medical and surgical journal*.

temps qu'une voix lui disait : « Ne soyez pas effrayé. »

Un jeune homme qui avait abandonné sa maîtresse, raconte Brierre de Boismont (1), l'entendit une nuit marcher autour de son lit et lui dire : « Ah ! je t'ai donc trouvé ! » Depuis, la voix le poursuivait sans cesse. Lorsqu'on lui disait de l'écouter, il penchait la tête à gauche et ne tardait pas à l'entendre. Il répétait alors mot pour mot ce qu'elle lui disait. Cet homme ne présentait aucun autre trouble mental apparent.

Un matin, à son réveil, Paul Dupuy (2) entrevoit les traits d'un architecte qui lui parle d'une propriété. L'image disparaît, mais il l'entend encore dire : « Il ne s'agit point d'une propriété à la campagne, mais d'une propriété de pavés et de pierres. Puisque la concession est certaine et qu'on doit fonder une école congréganiste... »

Et la voix s'arrête brusquement.

Alfred Maury (3) se trouvant sur l'impériale d'une diligence et se sentant fatigué, la tête lourde et brûlante, entend des voix parler en allemand, puis en allemand et en hollandais.

« Nous avons connu plusieurs personnes, dit Brierre de Boismont, et entre autres un médecin qui entendaient distinctement, la nuit, des voix qui les appelaient ; plusieurs individus se retournent pour répondre ou vont à la porte croyant qu'on a sonné. Cette disposition nous a paru assez commune chez ceux qui monologuent, parlent haut, répondent à un interlocuteur comme s'il était présent (4). »

Il s'agit, dans tous ces cas, de sujets dont l'état mental

---

(1) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*. Germer Baillière. 1895.

(2) Paul Dupuy. *Loc. cit.* 72.

(3) Alfred Maury. *Loc. cit.*

(4) Brierre de Boismont. *Loc. cit.*, p. 47.

n'était pas notablement différent de la normale, et qui passaient, à l'égard des gens du monde, comme sains ou à peu près sains d'esprit. Peut-être à la vérité n'en eût-il pas été de même à l'égard de l'aliéniste qui eût pris la peine de fouiller dans leurs antécédents héréditaires et personnels. C'est ainsi que tel sujet de Baillarger qui avait des hallucinations auditives hypnagogiques, était fils, neveu et frère d'aliénés.

D'ailleurs il arrive souvent que les hallucinations auditives commencent par se produire dans l'état hypnagogique pour devenir ensuite constantes. En voici quelques exemples empruntés à Baillarger.

L..., fille d'un alcoolique aliéné, nièce d'un alcoolique toqué, sœur d'un alcoolique ayant eu un accès de folie, entend le soir, avant de s'endormir, des voix qui lui parlent distinctement. Trois ans après, elle devient folle et a des hallucinations auditives à l'état de veille.

M<sup>me</sup> D..., fille d'un dément et sœur d'une aliénée, entend, le soir, au moment de s'endormir, la nuit en rêve et le matin à son réveil, des voix qui lui paraissent sortir de son alcôve. Quelques temps après, ces hallucinations se produisent aussi pendant le jour.

Alexandrine J..., qui a eu déjà plusieurs accès de délire, entend des voix au moment où elle s'endort. Au bout de douze jours, elle les entend jour et nuit.

M<sup>me</sup> L..., fille d'une mère atteinte d'une maladie convulsive, a eu elle-même des crises avec perte de connaissance. Le soir, au moment de s'endormir, et le matin à son réveil, elle entend sortir de son lit des voix distinctes qui l'accusent et la menacent. Ces hallucinations ne tardent pas à devenir constantes.

Les hystériques sont très sujets à l'hallucination exoauditive verbale. Rien de plus fréquent que de les entendre, pendant leurs crises convulsives ou leurs accès de somnambulisme, converser avec des êtres ima-

ginaires. L'un des sujets de Pierre Janet, Mariette, sursautait, tournait la tête et paraissait écouter; elle s'entendait appeler dans le lointain, et se levait pour répondre. Une autre, Maria, entendait et reconnaissait la voix de son mari (1).

Il en est de même des aliénés.

Le plus souvent la voix se fait entendre dans le silence de la nuit ou le matin au réveil. Elle peut être claire, éclatante, tonnante, ou se réduire à un chuchotement. Tantôt elle paraît venir d'assez loin, d'une chambre, d'une maison ou d'une cour voisine par exemple. C'est ainsi qu'une persécutée de la Salpêtrière, observée par J. Séglas (2), entendait dans les cours voisines la voix d'une personne de sa connaissance qui, disait-elle, était à sa recherche.

Tantôt elle parle à l'oreille de l'halluciné. Elle prononce d'ordinaire un mot, une phrase courte, toujours la même. Elle peut aussi apporter quelque variété dans ses discours. Elle parle à la deuxième personne, et le plus souvent donne des ordres ou profère des menaces.

Baillarger parle d'un aliéné qui, croyant qu'on le conduisait au cimetière, entendait une voix lui murmurer à l'oreille : « Ne dis rien, laisse-toi conduire. »

Un malade de Gratiolet reçut d'une voix hallucinatoire les ordres suivants : prendre une araignée et la brûler, sortir de sa chambre, acheter un gâteau chez le pâtissier, boire à une fontaine et prendre un bain.

Il est extrêmement rare que le malade se rende compte qu'il est victime d'une hallucination, les voix imaginaires ayant tous les caractères des voix réelles.

---

(1) Pierre Janet. *Etat mental des hystériques. Les accidents mentaux*, Paris, Rueff, 1894.

(2) J. Séglas. *Les troubles du langage chez les aliénés*, 1892, p. 174.

« Elles sont pour moi aussi distinctes que votre voix, disait un malade à Leuret, et si vous voulez que j'admette la réalité de vos paroles, laissez-moi aussi admettre la réalité des paroles qui me viennent je ne sais d'où, car la réalité des unes et des autres est également sensible pour moi (1). »

Certains hallucinés nocturnes ouvrent les portes et regardent sous leur lit, cherchant qui leur parle.

Que Schemouël ait, à la fin de la nuit, entendu résonner, dans la direction du lieu où se trouvait Eli, une voix qui l'appela trois fois de suite par son nom; puis, que cette voix, se faisant entendre de nouveau, mais cette fois près de son oreille, ait proféré des menaces contre Hophni et Pinehas, il n'y a donc rien là qui ne cadre parfaitement, on le voit, avec ce que nous savons des hallucinations exoauditives verbales.

L'analogie qui existe entre la prédiction du roë de passage et le discours hallucinatoire entendu par le jeune lévite, n'est pas non plus un fait isolé.

Martin Luther, préoccupé de l'idée qui domine son œuvre, entendit un jour, comme il gravissait à genoux l'escalier de Pilatus à Rome, une voix lui crier cette phrase : « Le juste vivra par la foi. »

Au témoignage de Bayle, un général ambitieux et ayant joué un certain rôle politique, calculait en lui-même les moyens de s'élever, lorsqu'il entendit tout à coup un concert de voix qui criaient : « Salut à notre Roi (2). »

Pariset (3) parle d'une fille à qui une voix reprochait un vol qu'elle avait en effet commis.

---

(1) François Leuret. *Fragments psychologiques sur la folie*, p. 209.

(2) Bayle. *Mémoires sur les hallucinations. Revue médicale*, 1825.

(3) Pariset. in *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI.

Lelut (1) rapporte un fait analogue.

Une dame G..., raconte Baillarger (2), sujette à la migraine et aux étourdissements, eut un jour une conversation vive où il s'agissait de graves intérêts. Depuis, elle y pensait sans cesse et se la rappelait dans tous ses détails. Quelques jours après, étant seule dans sa chambre, et s'étant abandonnée à son obsession, elle vit apparaître ses interlocuteurs et entendit leurs voix.

D'après le même auteur, une femme M. ayant été témoin d'une dispute au cours de laquelle un homme avait été frappé d'un coup de couteau, rentra chez elle effrayée et poursuivie par cette image sanglante. La nuit suivante, elle se réveilla et entendit un bruit de dispute.

Enfin, d'après Tissié (3), un gendarme ayant assisté à une exécution capitale qui l'avait fort impressionné, entendit quelque temps après, et pendant deux nuits de suite, une voix lui prédire la guillotine.

Supposons maintenant que les neurones moteurs supérieurs des muscles phonateurs entrent modérément en action, le sujet esquissera des mouvements phonateurs. C'est là une seconde variété de parole intérieure que je propose d'appeler *parole intérieurement parlée*.

Or il peut arriver que ce groupe de neurones s'isole du reste de la colonie neuronienne, et, constituant ainsi une petite personnalité à part, se trouve soumis à un excès de pression nerveuse. Alors le sujet sentira ses muscles phonateurs se contracter et entendra des paroles sortir de sa bouche, mais il n'aura pas conscience que c'est lui qui parle.

C'est le cas de ce petit prophète cévenol qui disait :

---

(1) Lelut. *Le démon de Socrate*, p. 295.

(2) Baillarger. *Loc. cit.*

(3) Agenor de Gasparin. *Des tables tournantes*, II, 122, Dentu, 1854.

« Pendant que je parle, mon esprit fait attention à ce que ma bouche prononce, comme si c'était un discours prononcé par un autre. »

C'est le cas de cette malade de Hamel qui parlait tantôt de sa voix naturelle, tantôt d'une autre voix qu'elle attribuait à une personne étrangère.

C'est le cas de cette malade de Tamburini, consciente et sans délire, qui sentait des paroles se former dans sa bouche aux mouvements de sa langue.

C'est le cas de ces malades de J. Séglas qui disaient, l'une : « Ce sont des mouvements qui se font en moi qui me disent tout cela, tantôt dans la tête, tantôt dans la poitrine » ; une autre : « C'est un verbe subjectif qui parle en vous, indépendamment de vous-même ; cela part de la poitrine et fait remuer les lèvres » ; une troisième, qui percevait des voix dans son épigastre, entre autres celle de Dieu : « Je comprends ce que les voix disent, aux mouvements de la langue, sans prononcer rien, ni haut ni bas (1). »

Ce dernier phénomène est désigné aujourd'hui sous le nom d'*hallucination psycho-motrice*.

Pierre Janet (2) a déjà fait remarquer que cette expression était impropre.

En effet :

1° Une hallucination, qu'elle soit tactile, kinesthésique, thermique, gustative, olfactive, visuelle ou auditive, mérite le nom d'*hallucination motrice*, si elle s'accompagne de mouvements ;

2° Le vocable *psycho* constitue un pléonasme, toute hallucination étant psychique en ce sens qu'elle a son siège et sa cause principale dans le cerveau ;

---

(1) J. Séglas et Besançon. Antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. *Annales médico-psychologiques*, 1889. — J. Séglas. *Des troubles du langage chez les aliénés*, p. 126, 133, 183.

(2) Pierre Janet, in *Revue philosophique*, mars-avril 1892.

3° Enfin, un certain nombre de phénomènes désignés sous le nom d'*hallucinations psycho-motrices* ne sont pas des hallucinations. Une hallucination est une sensation sans objet. Or ici il s'agit souvent d'une sensation kinesthésique due à des contractions légères sans doute, mais réelles des muscles phonateurs. En fait il n'y a, entre l'automatisme verbal et certaines hallucinations psycho-motrices, qu'une différence de degré. Dans l'automatisme verbal, les contractions des muscles phonateurs sont suffisantes pour qu'il y ait émission de la voix. Dans certaines pseudo-hallucinations psycho-motrices, ces contractions sont insuffisantes pour qu'il y ait émission de la voix, mais elles sont suffisantes pour être senties par le sujet.

Il y a donc lieu de rejeter l'expression d'hallucination psycho-motrice, qui embrasse des phénomènes absolument différents.

Supposons maintenant que le centre kinesthésique verbal entre modérément en action, on aura une troisième variété de parole intérieure que je propose d'appeler *parole intérieurement sentie*.

Si ce centre est soumis à un excès de pression nerveuse, on aura l'hallucination kinesthésique verbale. Les malades atteints d'hallucinations kinesthésiques verbales déclarent que les voix qu'ils perçoivent n'ont pas de son, pas de timbre, ne font pas de bruit ; que ce sont des voix muettes, silencieuses ; que l'oreille n'en est pas affectée, qu'ils ne les entendent pas, mais qu'ils les comprennent ; qu'on leur parle « en pensée », « d'âme à âme », ou, comme les mystiques, qu'ils ont « des locutions et des voix intellectuelles ». Tel Black, le voyant de Bedlam, qui s'entretenait avec Mosché (Moïse) et Michel-Angelo Buonarrotti (Michel-Ange) « par le langage des esprits ». Tel cet aliéné anglais qui s'était déjà livré à deux tentatives de suicide sur un ordre halluci-

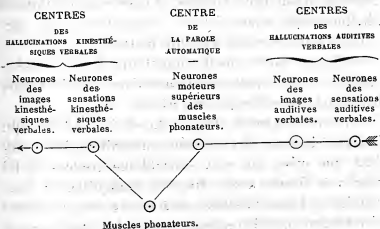


natoire intérieur, et qui disait à Baillarger : « Ce n'est pas une voix, c'est une suggestion (1). »

« C'est comme des voix intérieures, disait un malade de Ségla (2); je ne les entends pas, je les comprends. » Ce phénomène a été aussi désigné abusivement sous le nom d'hallucination psycho-motrice.

On conçoit d'ailleurs qu'il soit difficile dans la pratique, de distinguer l'hallucination kinesthésique verbale de l'hallucination endoauditive verbale et de l'automatisme verbal frustes, d'autant que certains malades désigneraient souvent par *voix*, faute d'un autre mot, la parole intérieurement et vivement sentie.

Le schéma suivant permet de comprendre le mécanisme des paroles intérieures, de la parole automatique, et des hallucinations verbales.



Trajectoire des ondulations nerveuses donnant lieu successivement à l'audition des mots, à leur prononciation et aux sensations kinesthésiques verbales.

La parole *intérieurement entendue*, la parole *intérieurement parlée* et la parole *intérieurement sentie* peuvent

(1) Baillarger, *Loc. cit.*

(2) Ségla et Londe. Hallucinations verbales motrices dans la mélancolie. *Archives de neurologie*, mars et mai 1892.

se combiner de diverses manières chez un même sujet. Rivarol fait allusion à cette combinaison dans la phrase suivante : « Que, dans la retraite, dit-il, un homme entre en méditation, il entendra (images auditives verbales) au fond de sa poitrine (sensations kinesthésiques verbales) une voix secrète qui nommera les objets (esquisse des mouvements phonateurs) à mesure qu'il les passera en revue (1). »

« Quand je pense, dit Gilbert Ballet, la parole intérieure devient souvent assez vive pour que j'arrive à prononcer à voix basse les mots que dit mon langage intérieur. La pensée peut même être formulée à voix haute, comme chez les personnes qui parlent toutes seules(2). » J'ai constaté chez moi le même phénomène.

De même l'hallucination exoauditive verbale, l'hallucination endoauditive verbale, la parole automatique et l'hallucination kinesthésique verbale peuvent se succéder ou s'associer chez un même malade.

Baillarger parle d'un littérateur qui eut successivement des hallucinations endoauditives verbales et des hallucinations exoauditives verbales.

Une hystérique de Pierre Janet (3), Léonie, qui jouissait de trois personnalités, entendit un jour, pendant une crise, une voix sortir d'une armoire et lui crier : « Assez, assez, tiens-toi tranquille, tu nous ennues. » Dans une crise ultérieure, ce fut au-dedans d'elle-même qu'elle entendit une voix prononcer ces mots : « Allons, sois sage, il faut dire. »

Cololian (4) a publié trois cas de dégénérescence

---

(1) Rivarol. *De l'universalité de la langue française*, 1797, p. 13 et 14.

(2) Gilbert Ballet. *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, Alcan, 1886, p. 64.

(3) Pierre Janet. *Loc. cit.*

(4) Cololian. Des hallucinations psycho-motrices verbales dans l'alcoolisme. *Archives de neurologie*, nov. 1899.

mentale compliquée d'alcoolisme avec hallucinations exoauditives et endoauditives verbales.

Le premier cas a trait à une femme qui entendit d'abord plusieurs voix extérieures lui dire : « Tu fais mal ton ménage, tu ne balayes pas bien. » Puis, un jour, une autre voix se mit à répondre en elle aux questions posées par les voix extérieures. Celles-ci disaient : « Tu n'as pas payé tes notes, tu as des dettes partout. » « Ce n'est pas vrai, répondait la voix intérieure, je n'ai pas de dettes, j'ai tout payé. »

Le second cas a trait à un homme qui entendait des voix extérieures l'insulter, et des voix intérieures ayant leur siège dans sa gorge et dans sa poitrine, l'appeler par son prénom, Alfred, et lui dire : « Courage, confiance, espérance, charité. » Ces voix, qui lui dictaient aussi ses actes, provoquaient chez lui une sorte de mysticisme. Il parlait de Dieu, de la Vierge, de la protection du ciel, et priait fort souvent.

Le troisième malade entendait, outre les voix extérieures, une voix intracéphalique lui donner des ordres.

Dans ces trois cas, il n'y a pas lieu, selon moi, de poser, comme le fait l'auteur, le diagnostic d'hallucination motrice, aucun mouvement de la langue ou des lèvres n'ayant été constaté.

On peut supposer sans doute que les hallucinations endoauditives verbales avec localisation de la voix intérieure à l'épigastre, à la poitrine, au pharynx, à la gorge ou à la bouche, c'est-à-dire dans la zone d'innervation des nerfs phonateurs, s'accompagnent de mouvements imperceptibles, mais suffisants pour donner lieu à des sensations kinesthésiques. C'est ainsi que, dans un cas de Baillarger, un aliéné qui percevait une voix dans sa poitrine, ne l'entendait plus lorsqu'il retenait sa respiration. Mais ce n'est là qu'une hypothèse qu'il faudrait vérifier pour chaque cas. (Elle fait partie des halluci-

nations psycho-motrices des auteurs contemporains).

Lorsque l'hallucination endoauditive verbale s'accompagne de parole automatique, on a l'*hallucination endoauditive verbale motrice*.

Nous assistons, dans un cas de MM. Vaschide et Vurpas (1), à la transformation de la parole intérieurement entendue en hallucination endoauditive verbale, puis en hallucination endoauditive verbale motrice.

Une dégénérée émotive, ayant la manie de l'introspection, a d'abord des pensées qui lui viennent elle ne sait d'où, et qu'elle ne tarde pas à attribuer à une puissance étrangère. Puis elle entend parler en elle. « J'ai entendu quelque chose souvent comme si ç'avait été en moi que l'on parle. » Enfin elle en arrive à répéter intérieurement ce que lui disent ses voix intérieures, et en même temps elle remue les lèvres.

Une malade de Baillarger *entendait* (l'auteur ne dit pas *sentait*) une voix lui parler dans la poitrine, dans la gorge et derrière le cou. Si alors on s'approchait d'elle, on percevait des mots et des phrases.

Moreau (de Tours) parle d'un malade qui *entendait* une voix en lui-même, et qui répétait en même temps, sans en avoir conscience, ce que lui disait cette voix. Lui tenait-on les lèvres fermées, on les sentait remuer sous la main pendant qu'il entendait les voix (2).

Une malade de Griesinger (3) *entendait* parler en elle, et disait des mots qu'elle n'avait pas l'intention de dire.

Une malade de A. Marie et J.-B. Buvat (4) *enten-*

(1) N. Vaschide et Vurpas. Contribution à la psychologie de la genèse des hallucinations psycho-motrices. *Revue de neurologie*, juin 1902.

(2) Moreau (de Tours). *Du haschich et de l'aliénation mentale*. Paris, 1845, p. 354.

(3) Griesinger. *Maladies mentales*. Trad. Doumic, 1865; p. 286.

(4) A. Marie et J. Buvat. Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. *Archives de neurologie*, juillet 1901.

*daît* continuellement deux femmes parler dans sa poitrine. Parfois elles empruntaient sa propre voix et parlaient avec sa bouche.

L'hallucination exoauditive verbale peut s'associer à l'hallucination endoauditive verbale motrice.

Un malade de Charcot (1) avait à la fois des voix extérieures et des voix intérieures s'accompagnant de mouvements involontaires de la langue.

Il en était de même dans un cas de Motet (2) où les voix intérieures étaient entendues à l'épigastre, ainsi que dans un cas de J. Séglas.

Une malade de Camille Marson (3) entendit d'abord des voix extérieures, puis des voix intérieures venant de l'estomac et qui bientôt s'accompagnèrent de mouvements de la langue et des lèvres. « Ça me prend la langue, disait-elle, ça me la tourne à volonté pour me forcer la parole. »

Cololian (4) parle d'un dégénéré mental alcoolique qui commença par entendre des voix extérieures. Puis, dans son estomac, une voix *résonna* qui disait, ce pendant que remuaient ses lèvres : « Tu vois comme on s'amuse bien ; vous aurez vingt francs, il faut jouer aux courses et vous gagnerez. » Il répondait à haute voix : « Je ne veux pas jouer, je n'aime pas tricher » ; ce à quoi la voix intra-stomacale répliquait : « Il n'y a pas de tricherie dans le jeu, c'est au plus malin. »

Enfin, l'hallucination exoauditive verbale peut se combiner avec l'hallucination kinesthésique verbale.

Baillarger parle de deux malades qui, après avoir

---

(1) Gilbert Ballet. *Le langage intérieur*, p. 64.

(2) Motet. Article *Hallucination* du Dictionnaire de Jaccoud.

(3) Camille Marson. Contribution à l'étude des hallucinations verbales psycho-motrices. *Th. de Paris*, 1897.

(4) Cololian. *Loc. cit.*

entendu des voix extérieures, perçurent l'articulation muette de leurs pensées.

Brierre de Boismont cite le cas d'une femme qui percevait tantôt des voix extérieures, tantôt des voix intérieures dépourvues de son.

(A suivre.)

---

## Pathologie.

---

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

## LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr Wladimir SERBSKY

Professeur agrégé,  
privat-docent à l'université de Moscou.

---

### I

Dans ces dix dernières années, le développement de nos connaissances psychiatriques s'est enrichi particulièrement, d'une délimitation en formes distinctes, de deux groupes d'affections psychiques, qui sont la paranoïa et la confusion mentale. A l'heure actuelle, c'est la question de la démence, notamment en ce qui concerne les formes acquises, se développant sur un terrain autre que purement anatomique, qui occupe le premier plan. Cette question intimement liée aux nouvelles conceptions de Kraepelin, acquiert une importance générale au point de vue doctrinal ; elle ne nous conduit pas seulement à reconnaître le droit à l'existence de cette forme pathologique, décrite pour la première fois par Morel (1) sous le nom de *démence pré-*

---

(1) Morel. *Traitement des maladies mentales*, Paris, 1860.

*cocce*, et qui est encore contestée par un grand nombre d'auteurs ; mais elle exige qu'on établisse un critérium fondamental, pour tous les états terminaux des psychoses qui ne sont pas suivies de guérison. Il ne s'agit plus de la question de l'existence ou de la non existence de la démence précoce seule, mais bien de tout ce groupe d'états terminaux, que nous avons considéré déjà comme établi inébranlablement, et qui était désigné vulgairement sous le nom de démence secondaire ou de démence consécutive. Ce point de vue n'a pas été pris en considération lors des discussions qui ont eu lieu au dernier Congrès international de Paris, à propos de la question « Sur les psychoses de la période de la puberté ». Étant donné que la question ainsi posée était vaste et générale, la discussion, malgré le grand renom des rapporteurs (professeur Ziehen, professeur Marro, Dr J. Voisin), n'a rien apporté de vraiment nouveau et d'essentiel. Elle fut réduite à la confirmation d'un fait, connu depuis longtemps et accepté universellement, à savoir, qu'à l'époque de la puberté, ce sont des formes les plus variées de troubles psychiques qui peuvent se produire ; et c'est précisément l'abondance de ces formes qui a absorbé en quelque sorte la partie essentielle de la question, concernant la démence précoce. Tout au plus si cette discussion a démontré combien les rapporteurs, ainsi que les membres du Congrès qui y ont pris part, étaient peu disposés à changer leur manière de voir ; de sorte qu'ils ont mis complètement de côté les conceptions originales du professeur de Heidelberg. Et cependant, Kraepelin a un incontestable mérite ; car tout en élargissant le domaine de la démence précoce d'une manière exagérée et par conséquent erronée, il a par cela même beaucoup contribué à établir solidement cette affection, quoique la description qu'il en donne soit loin d'être la vraie. Des entraînements ana-



logues jouent dans l'histoire de nos connaissances, d'une façon générale, un rôle fort important ; en exagérant considérablement la valeur de tel ou tel phénomène, on attire inévitablement sur lui l'attention, et c'est aux observations ultérieures et plus précises qu'il appartient de lui assigner les limites.

Lorsqu'on veut délimiter le domaine de la démence précoce, il est avant tout indispensable de mettre au clair un certain nombre de postulats généraux, particulièrement en rapport avec la question que voici : Doit-on ou non maintenir dans notre classification le groupe de la démence secondaire ? Tout d'abord, on ne saurait manquer de rappeler ce fait instructif, que jusqu'à présent, le progrès de nos connaissances psychiatriques s'est toujours accompli à la condition constante et inéluctable, à savoir : que la délimitation de nouveaux groupes morbides n'entraînait pas, non seulement la disparition d'anciens groupes, établis solidement, universellement acceptés et consacrés pour ainsi dire, par l'expérience séculaire, mais bien au contraire, elle ne faisait que les confirmer en les débarrassant d'éléments impropres. La paranoïa, la confusion mentale, loin d'absorber la mélancolie et la manie, n'ont fait que contribuer à leur précision ; même des formes telles que la paralysie générale ou la maladie de Korsakoff, n'ont amené la suppression d'aucun de ces états morbides, avec lesquels on les confondait autrefois : le nouveau ne supprimait pas l'ancien, il le précisait et rendait ainsi sa conception plus conforme à la vérité. Il est évident que l'aperçu historique de la marche du progrès ne parle pas, par lui-même, contre la possibilité d'une rupture complète avec les conceptions existantes ; mais il indique en tout cas la nécessité de procéder, sous ce rapport, avec une sage prudence. On ne pourrait pas, ainsi, nier la possibilité d'une profonde réforme, amenant la suppression

de tout ce qui est ancien ; mais une telle réforme doit avoir pour base des données solides, et non pas des généralisations superficielles et la seule tendance d'introduire, coûte que coûte, une nouvelle nomenclature. Il est incontestable que la démence secondaire constitue bien un groupe quelque peu artificiel et hétérogène, embrassant les états terminaux d'affections psychiques les plus diverses. Contre sa délimitation précise, on saurait objecter que l'issue de toute maladie dépend de la nature même du processus morbide, lui est propre dès le début et peut être devinée, par conséquent, dès le début. Dans les cas qui se terminent par la démence, il s'agirait ainsi d'un processus pathologique tout autre que dans ceux qui se terminent favorablement. Par conséquent les affections conduisant finalement à la ruine de l'activité psychique, devraient être rigoureusement séparées de celles qui n'y amènent pas. A ce point de vue, la démence secondaire n'existerait pas, considérée comme un aboutissant de différents processus morbides : il se trouverait, à la base de tous les cas, que nous désignons sous ce nom, un processus *sui generis*, conduisant fatalement à l'affaiblissement de l'activité mentale, ce que les Allemands appellent *Verblödungsprocess* ; et que c'est pour cela même, que les cas de ce genre devraient constituer un groupe tout à fait autonome.

En ce qui me concerne, je considère cette manière de voir comme absolument erronée.

Il est incontestable que le groupement bien fait de formes morbides, doit être basé, comme l'indique Kraepelin, non pas sur des symptômes séparés, mais sur un tableau symptomatique, embrassant toutes les phases de la maladie. Depuis longtemps déjà, ce principe est à la base de nos conceptions, et c'est son application qui a exercé une influence des plus heureuses, aussi bien lors de la délimitation de la paralysie générale, et plus

encore lors de la délimitation de l'*amentia*, dont toute l'évolution se compose, dans la majorité des cas, d'un certain nombre de phases ou de stades de développement variés et souvent contradictoires en apparence et que l'on ne saurait comprendre à moins de considérer le tableau symptomatique dans toute sa totalité (1). Mais il est absolument faux de penser que la valeur du diagnostic d'un psychiatre, au point de vue pratique surtout, soit plus ou moins estimée, selon qu'il contribue ou non à l'interprétation de phénomènes consécutifs (2). Les médecins ont affaire à des êtres vivants et non à des données mathématiques : aussi l'interprétation des phénomènes consécutifs ne saurait être, dans aucun des cas, absolument précise; elle est toujours approximative. Et cela résulte surtout du fait, que la terminaison d'une même affection peut être absolument différente suivant les cas. S'il en était autrement si l'issue d'une affection était fatalement connue dès le début, nous n'aurions pas à nous occuper du traitement, ni à rechercher des améliorations pour les asiles, ni à insister sur la nécessité d'y placer les malades dès le début, si possible; et cependant Kraepelin reconnaît lui-même (3), que le pronostic, en ce qui concerne la guérison ou tout au moins l'amélioration, serait d'autant plus favorable que le malade serait placé aussi vite que possible, dans un établissement approprié.

En dehors des conditions extérieures (de la méthode du traitement, du milieu ambiant), qui exercent une action sur l'issue de la maladie, les conditions purement subjectives, inhérentes au malade même, ses qualités individuelles, son degré de résistance jouent aussi un

---

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, 6, Auflage II B, p. 4.

(2) Kraepelin. *Psychiatrie*, 6, Auflage, II B, p. 5.

(3) Kraepelin. *Psychiatrie*, Bd I, p. 345.

rôle très important. En un mot, ce n'est pas seulement de la maladie elle-même, c'est encore du terrain sur lequel elle s'est développée, qu'il faut tenir compte. Enfin, l'intensité du processus morbide est également importante et il est impossible de s'en rendre compte d'avance, d'une façon précise. C'est l'ensemble de tous ces éléments objectifs et subjectifs qui rend toujours notre diagnostic indécis et seulement approximatif. Si dans tel ou tel cas concret, dans des conditions exceptionnelles, lorsque tous les éléments nécessaires au pronostic nous sont connus d'une façon précise (ce qui est loin d'être fréquent); si dans tel cas l'interprétation exacte des phénomènes consécutifs est possible, elle ne l'est plus lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur une affection, considérée sous forme d'une idée abstraite, car dans ce dernier cas l'interprétation exacte doit indiquer la possibilité, non pas d'un seul phénomène consécutif déterminé, mais de toute une série variée. Tout ce qu'on y pourrait faire, c'est d'indiquer les chances qu'aurait tel ou tel phénomène de se produire en se rapportant à un riche matériel de statistique.

Etant donné qu'une même forme morbide peut avoir des terminaisons différentes, il est évident qu'il est absolument illogique de grouper les affections suivant ces dernières. Personne, en effet, n'aura l'idée de lier le diagnostic de l'hémorragie cérébrale à des considérations que voici : l'hémorragie guérira-t-elle sans laisser de traces, ou bien déterminera-t-elle une hémiplégie permanente? Personne ne niera également une urétrite, si elle détermine un rétrécissement, ou bien une néphrite aiguë, alors que la période d'inflammation aiguë a disparu et qu'il ne reste que l'albuminurie. Le fait qu'on néglige les principes fondamentaux, bien établis de la pathologie interne, nous conduit dans notre

branche relativement jeune à des résultats fort peu désirables, en contribuant fortement à l'instabilité déjà suffisamment grande de nos conceptions, et à la confusion des idées les plus élémentaires. Aussi, j'estime pour absolument faux de ne rapporter, comme le fait Kraepelin, la notion de l'*amentia* qu'aux cas qui se terminent par la guérison. Dans un nombre assez considérable de ces cas, l'affection passe à un état chronique incurable et cette forme d'*amentia chronique* semble constituer en grande partie, le contingent des déments de nos grands asiles. Dans ces cas, ni le début de la maladie, ni sa marche, ni son étiologie, ne nous fournissent aucun point de repère, pour le pronostic. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que la grande majorité des malades finit par guérir, que la mort ne survient que dans un nombre de cas relativement restreint et que enfin, dans un quart environ des cas, la guérison ne se produit pas. Mais nous ne possédons pas de données précises pour prédire la façon dont la maladie évoluera, dans chaque cas particulier.

Il est également faux d'affirmer que tous les accès, pris séparément, de cette nouvelle forme récemment créée et d'une façon plus que désastreuse, je veux parler de « l'aliénation maniaque dépressive », que ces accès-là se distinguent par un pronostic absolument favorable et qu'il nous serait possible de nous prononcer, pour une guérison complète, déjà dès le premier examen (1). Or, il y a un certain nombre de cas, où nous posons le diagnostic de mélancolie ou de manie et où nous nous sentons fort de promettre une guérison complète, et voilà que l'affection passe à l'état chronique : il en advient une mélancolie chronique ou une manie chro-

---

(1) Weigand. Ueber das manisch-depressive Irresein. *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1901, n<sup>os</sup> 3 et 4.

nique avec affaiblissement progressif de l'activité mentale; ou bien, elle se termine directement par une démence plus ou moins prononcée, en passant, parfois, par la phase de paranoïa secondaire. Les faits de ce genre, dont l'existence ne saurait être contestée, constituent à mon avis la preuve la plus irréfutable de l'existence de la mélancolie simple et de la manie simple; car d'après le tableau clinique, nous sommes dans l'impossibilité absolue de prévoir s'il y aura guérison ou passage à la démence. Pour analyser les faits de ce genre, on ne saurait avoir recours à des détours (1), en prétendant par exemple que les données de la statistique ne peuvent servir à la confirmation de la manie ou de la mélancolie à évolution simple non périodique; car personne, après tout, ne pourrait garantir que telle ou telle forme n'offre pas de rechutes et qu'un malade, en cas que les intervalles dussent être longs, n'avait pu succomber avant une telle rechute: il est évident que la manie ou la mélancolie qui a conduit à la démence ne se reproduira plus chez le même individu.

Il en est de même de l'analogie avec l'épilepsie, qu'on cite par rapport aux observations authentiques, où la manie n'est survenue qu'une seule fois; car nous ne connaissons pas de cas où une seule attaque d'épilepsie ait amené la démence. C'est dans la possibilité du passage à l'état incurable que Kraepelin voit un symptôme caractéristique, pour distinguer la manie ou la mélancolie simple de la forme périodique (2). La manie ou la mélancolie simple peuvent aboutir directement à la démence, tandis que dans les formes périodiques l'affaiblissement de l'activité intellectuelle ne peut se développer qu'à la suite de toute une série d'attaques, fré-

---

(1) Kraepelin. II. Vol., p. 402.

(2) *Idem*, p. 405.

quemment répétées. Dans le premier cas, nous ne pouvons jamais être sûrs d'une guérison complète ; dans le second, chaque attaque prise à part, les premières surtout, se termine toujours favorablement (abstraction faite des cas de certaines formes de folie circulaire, avec une suite ininterrompue d'accès, ou le long de toute une vie une phase est suivie immédiatement d'une autre, et qu'il est également tout à fait impossible de promettre une guérison complète). Eh bien, le processus morbide dans les cas qui aboutissent à la démence, serait-il peut-être tout autre et se distinguerait-il nettement de celui qui conduit à la guérison ? Voilà que de nouveau je pose cette question importante et essentielle, et cela pour répéter encore une fois de plus que nous n'avons aucune raison, tant soit peu valable, de nous permettre une pareille affirmation. Le tableau clinique, dans l'une et l'autre séries de ces cas, est absolument identique, et dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'y pouvons découvrir aucun signe de pronostic, ni dans un sens, ni dans un autre ; par contre, le fait qu'un même processus amène des terminaisons différentes, ce qui est entièrement confirmé par les observations journalières et les conclusions générales de la pathologie interne, nous oblige même à réfuter cette supposition injustifiée.

Comment devons-nous alors désigner ces différents états terminaux ? Dans les cas où ils présentent des traits fondamentaux de la période initiale de la maladie, la difficulté disparaît, et nous pouvons sans redouter une confusion parler de la manie chronique, de la mélancolie chronique, de l'*amentia chronique*. Autre chose, lorsque l'état stationnaire et l'état final acquièrent des traits différents, les distinguant essentiellement de l'état pathologique, qui les avait déterminés, on ne peut appliquer le terme de mélancolie, ou de manie, ou d'*amentia* à un tableau clinique où les symptômes de la mélancolie, de la

manie, ou de l'*amentia*, n'ont duré que quelques mois et ont été remplacés par des symptômes nouveaux, qui, eux, durent des années et des années. Dans ce cas, le processus pathologique ne peut pas être désigné par un seul terme, dans son ensemble; il exige une division en deux périodes: une période initiale plus courte de mélancolie, de manie ou bien d'*amentia*; une période terminale plus longue, qui est la démence secondaire ou consécutive. Il est bien entendu que c'est une définition précise, indiquant la forme initiale, qui serait à désirer, telle « démence à la suite de la mélancolie », « à la suite de la manie », « de l'*amentia* », « de la paranoïa ». Mais d'abord, cela n'est pas toujours possible, car souvent l'histoire du malade n'est pas toujours complète et nous ne sommes pas en mesure de déterminer, d'après la période terminale, l'affection initiale; ensuite et chose particulièrement importante à retenir, c'est que cela n'a aucune valeur pratique, parce que la démence efface le caractère net de la période aiguë, propre à chaque affection, et c'est ainsi, que la prédominance d'un seul symptôme arrive à rendre plus ou moins homogène ce groupe hétéroclite de la démence consécutive.

(A suivre).



---

---

DES

# TROUBLES PSYCHIQUES

QUI SURVIENNENT DANS LA VIEILLESSE

CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS (1)

Par le Dr SOUTZO fils, de Bucarest

---

L'étude des psychoses chez les vieillards constitue un chapitre intéressant de la pathologie mentale.

La plupart des anciens aliénistes se bornaient à considérer tout vieillard vésanique comme atteint de démence. Cependant, Esquirol admettait une psychose propre à la sénilité, la manie, qu'il distinguait de la vraie démence sénile.

Morel, dans ses travaux remarquables, fait observer qu'il n'est pas rare de voir éclater chez les vieillards la folie dans ses formes les plus aiguës, et proteste vivement contre l'opinion qu'il y ait coexistence fatale de sénilité et d'état démentiel.

Mais c'est à M. Ritti que revient le mérite d'avoir jeté le plus de lumière sur cette question, qui fit l'objet de son rapport au Congrès de Bordeaux de 1895. Il y décrit, en s'appuyant sur des observations nombreuses, les formes de psychose que l'on rencontre chez les vieillards, faisant cependant ressortir le rôle que joue l'état démentiel dans ces différentes vésanies.

---

(1) Travail fait à l'asile Sainte-Anne, service de M. Magnan.

Sans insister davantage sur ces faits, nous renvoyons pour plus de détails à ce remarquable rapport (1).

Mais parmi les vieillards versant dans la folie, un certain nombre d'entre eux apparaissent à nous sous des aspects cliniques spéciaux. Sur ceux-ci, M. Magnan et son école de Sainte-Anne ont déjà depuis longtemps attiré l'attention.

L'examen des antécédents héréditaires et personnels, et surtout les différentes couleurs sous lesquelles se montrent chez eux les troubles psychiques, nous font entrevoir un substratum spécial qui n'est qu'un état mental constitutionnel anormal, dégénératif.

Cliniquement, cette catégorie de séniles imprégnés de tares dégénératives, ne diffère que très peu des dégénérés adultes; et les innombrables variétés de folie, avec ou sans délire, propre à cette dernière classe, se rencontrent également chez les premiers.

Rarement, on décèle chez ces dégénérés, arrivés à une époque avancée de leur vie, des traces manifestes d'affaiblissement psychique traduisant un processus de démence sénile; une certaine intégrité d'activité psychique est d'ailleurs nécessaire à la confection d'un délire. Il arrive cependant, parfois, de rencontrer chez eux de légers signes traduisant l'existence de quelques lésions circonscrites; mais celles-ci trahissent moins un véritable état de démence prochaine, qu'elles ne jouent le rôle des causes occasionnelles capables seulement de déterminer l'apparition des manifestations morbides chez des individus arrivés à un âge avancé, mais surtout prédisposés à la folie par leurs anomalies mentales congénitales.

---

(1) Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes tenu à Bordeaux, 1895. *Comptes rendus* publiés par le Dr Régis. 6<sup>e</sup> volume. Masson, éditeur, 1896.

Enfin, d'ailleurs, les troubles psychiques qu'on rencontre ainsi chez les vieillards dégénérés héréditaires, peuvent apparaître aussi bien à des époques variables de leur existence qu'ils peuvent ne faire leur apparition, au contraire, et cela pour la première fois, qu'à la dernière époque de leur vie.

Ces quelques considérations paraîtront plus claires après la lecture des deux observations suivantes :

OBS. I. — Émile Iss..., âgé de soixante-quatre ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 9 janvier 1902 pour la seconde fois.

Ses antécédents nous montrent, relativement à son état mental, beaucoup d'intérêt.

Son grand père, d'un caractère bizarre, est mort à l'âge de soixante-douze ans. Peu avant, les vives émotions occasionnées par les agitations du temps de la Révolution, lui firent perdre la raison. A l'âge de cinquante ans, il avait épousé sa nièce âgée de quinze ans et avec laquelle il vivait déjà depuis un an. Cette dernière était sujette à des crises hystériques et finit ses jours dans un asile.

Une tante paternelle était poète et artiste.

Le père du malade, alcoolique invétéré, est mort à l'âge de soixante-treize ans à la suite d'une congestion pulmonaire.

Tempérament coléreux, il s'emportait pour la moindre chose ; il s'était marié en épousant sa cousine germaine qui mourut paralysée à l'âge de quarante ans.

Ainsi, des tares mentales et névropathiques s'ajoutent en outre par le mariage consanguin des ascendants.

Le casier personnel de Iss... est de même assez chargé.

Dès son enfance, il présentait un caractère mobile et fantasque ; il aimait la solitude, souvent porté à la rêverie et aux idées noires.

A l'âge de dix-huit ans, il eut une fièvre typhoïde dont la convalescence dura trois mois environ.

Il n'a jamais aimé les études ; tout ce qu'il put apprendre, ce fut le métier de graveur sur bois.

D'autre part, très coléreux, il se montrait assez souvent violent envers sa mère, et pour se venger contre celle-ci, il tenta à plusieurs reprises de mettre le feu à la maison où ils habitaient.

En 1888, lors du premier épisode de sa maladie, il fut pris tout à coup d'un accès d'excitation intellectuelle avec impulsions subites, et violences envers sa mère et sa sœur. A la suite de cet accès survint une période de dépression mélancolique. C'est à cette occasion qu'il fut amené à l'asile Sainte-Anne pour la première fois. Dans les premiers jours qui suivirent son internement, il paraissait hébété et comme ayant une conscience très incomplète des actes qu'on lui reprochait. Cet état d'inconscience, joint au fait que les actes impulsifs étaient marqués d'une certaine soudaineté, fit soupçonner un mal comitial, et on le mit en observation. Mais au bout de quinze jours son état s'améliora sensiblement, et après deux mois de traitement, complètement remis, il put être rendu à sa famille.

Une fois hors de l'asile, il reprit de nouveau sa vie aventureuse, et commença à s'adonner à la boisson.

Finalement, dans ces derniers temps, il arriva à trouver un emploi dans une maison d'imprimerie. C'est vers cette époque que se développèrent de nouveau des troubles mentaux, et voici dans quelles circonstances :

Le patron de la maison d'imprimerie avait une fille. A un moment donné, Iss... se crut aimé par celle-ci. Toutes les fois qu'elle passait par l'atelier, tous ses gestes, mouvements, regards, étaient pris par le malade comme s'adressant à lui. Finalement, l'idée germa dans son esprit que cette jeune fille serait son épouse, et par conséquent, il ne lui restait à faire que la demande en mariage. Mais d'autre part, le père de la jeune fille ayant observé l'attitude suspecte du malade, ne tarda pas à le congédier.

Tout de même celui-ci interprétait son départ en sa faveur; il croyait que tout s'arrangerait en vue des prochaines fiançailles, afin qu'il ait le temps de faire les formalités nécessaires exigées pour le mariage.

Une fois dehors, il continua à adresser des lettres à la jeune fille, à passer des heures entières dans la rue, sous le balcon de la maison où celle-ci habitait; quand un beau jour, tout à coup, il fut pris d'une attaque apoplectiforme à la suite de laquelle il fut conduit à l'hôpital Cochin.

Deux jours après, revenu de cet état, éclata chez lui un violent accès d'excitation, avec délire érotique, mêlé à des idées ambitieuses; ce qui décida son transfert d'urgence à l'asile Sainte-Anne.

A son entrée au bureau de l'admission, il se trouve dans un

état d'activité délirante extrême. Il profère des invectives contre la mère de la fille Ch..., en l'accusant d'avoir comploté, en connivence avec son fils et la concierge, son internement. « Ce soir, c'est le repas de noces », dit-il ; il a des qualités pour plaire, et être aimé. M<sup>me</sup> Ch... avait loué une salle à l'hôpital Cochin pour jouer cette mauvaise plaisanterie. « Je suis philosophe dans la plus grande acception du mot ; très vigoureux, rarement on rencontre des vieillards pareils à moi. »

Bref, on remarque chez lui, un accès d'excitation avec prédominance d'idées ambitieuses et érotiques, très incohérentes, absurdes et sans aucune logique, le tout dans son ensemble marquant d'une manière manifeste le niveau débile de son état mental.

A l'examen physique, il présente une légère hémiparésie droite, du tremblement des mains, et quelques étourdissements de temps à autre, des signes légers de lésions circonscrites.

Le jour suivant il devient plus calme, il abandonne nombre de ses idées érotiques, voit leur absurdité, et finalement, au bout de quatre jours, le malade est complètement rétabli. Nous pouvons constater alors qu'il n'existe chez lui aucun signe d'affaiblissement psychique manifesté ; sa mémoire est des plus fidèles ; il garde la notion de l'orientation en espace, lieu et temps ; il nous raconte avec beaucoup d'intérêt sa vie avec ses événements passés et récents, et à tout son récit se joignent parfois quelques idées ambitieuses, idées existant d'ailleurs avant même l'épisode morbide actuel.

Donc, dans cette première observation, il s'agit d'un vieillard, âgé de soixante-quatre ans, à lourdes tares dégénératives, versant dans la folie à deux époques différentes de sa vie.

Un premier épisode fait son apparition à l'âge de quarante-cinq ans, éclatant d'une façon brusque et sans cause apparente, sauf quelques excès alcooliques.

Il s'était manifesté par un accès d'excitation intellectuelle avec impulsions subites ; il fut suivi peu à peu d'une période de dépression mélancolique qui dura deux mois.

Le second épisode, le plus intéressant pour nous,

survint à l'âge de soixante-quatre ans, au milieu d'événements sans un grand intérêt, mais surtout ayant comme cause manifeste la brusque apparition de quelques lésions circonscrites. Ces derniers accidents, comme il ressort d'ailleurs de notre observation, n'impriment pas tant par leur existence le cachet d'un état démentiel, comme on en rencontre souvent ; mais bien plutôt ils jouent un rôle déterminant dans l'éclosion des troubles psychiques chez un *prédisposé*.

Comme nous l'avons vu, la durée de ce syndrome épisodique fut courte, car au bout de quatre jours le malade était complètement rétabli.

Dans notre second cas, le syndrome délirant ne fait son apparition qu'une seule fois dans la vie du malade, seulement à l'âge de soixante-treize ans.

OBS. II. — Duss..., Alexandre, âgé de soixante-treize ans, entre à l'admission de Sainte-Anne, le 17 janvier 1902.

Sa vie antérieure est marquée par des faits étranges et actes bizarres qui dénotent, d'une façon indubitable, une mentalité déséquilibrée, défectueuse. En outre, il puise dans ses antécédents, une hérédité morbide évidente.

La mère, très nerveuse, est morte à l'âge de quarante ans, à la suite d'une fluxion de poitrine. Le père, par suite du chagrin éprouvé à la mort de sa femme, tomba dans un état de dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques ; il devint sombre, taciturne, et en même temps prit l'habitude de s'alcooliser fréquemment.

Un oncle maternel avait des idées noires, mais jamais ne leur donna suite.

Le malade, dès son enfance, montra un état mental anormal. A l'âge de dix ans, mis au couvent à Toulouse, il n'y resta que vingt-quatre jours ; renvoyé par ses parents de nouveau, il s'enfuit encore le lendemain.

D'un caractère bizarre, il aimait beaucoup une vie aventureuse ; ainsi il faisait de longues promenades pendant la nuit, chantant des sérénades et récitant des vers improvisés par lui.

Il avait seize ans quand son père mourut. Deux ans après,

il entra faire son service militaire. D'une négligence extrême dans son service, il était souvent puni. Un jour, à la caserne, ayant appris tout à coup la mauvaise nouvelle qu'une sœur à lui venait d'être violée, il éprouva un tel chagrin, qu'il prit la résolution de se suicider.

En effet, il tenta de le faire en se donnant plusieurs coups de couteau dans la région du cœur; mais cet accident n'eut aucune conséquence grave.

Après avoir fini son service militaire, il apprit le métier de mécanicien; mais n'ayant aucun goût pour son travail, il changeait très souvent d'atelier.

A l'âge de vingt-huit ans, il se maria. Mais au bout d'un an la vie du ménage était devenue insupportable. Par suite de son caractère impossible et de son tempérament coléreux, il y avait journellement des disputes et menaces entre lui et sa femme, qui parfois dégénéraient en violences.

En même temps, surgit dans son esprit des idées de jalousie et de persécution, accompagnées de temps à autre d'hallucinations visuelles, surtout à la suite d'excès alcooliques.

Il croyait que sa femme le trompait avec le contre-maître de l'atelier où il travaillait; il voyait les deux couchés dans un lit dans la chambre à côté de la sienne, et croyait que ceux-ci avaient conspiré de l'empoisonner avec du sulfate de cuivre. Son lait, disait-il, avait la couleur verdâtre peau de serpent, due justement au mélange avec le poison.

Finalement, au bout de quatre ans, ils finirent par divorcer. A la suite, il reprit son travail d'une façon plus régulière, mais continuait tout de même à faire des excès alcooliques.

A l'âge de cinquante-quatre ans, il se remaria. Mais peu de temps encore après ce second mariage, de nouveaux soupçons s'éveillèrent dans son esprit à l'égard de sa femme et de la propriétaire de la maison où il habitait. Il arriva même à en vouloir à cette dernière, et pour se venger, il mit le feu à la maison.

En même temps, il était devenu ambitieux; il faisait des projets fantastiques sur l'exécution de travaux utiles au monde; car il se croyait intelligent et très capable dans son métier.

Il y a six mois, à la suite de la mort d'une petite fille, il fut pris d'idées sombres mais sans leur donner suite.

Petit à petit, ce polymorphisme d'idées délirantes, aidées en grande partie par les excès alcooliques, arrivèrent à un moment donné à un tel degré, que le malade devint dangereux,

et on dut l'interner à l'asile Sainte-Anne; c'est dans ces conditions qu'il put être examiné par nous.

A son entrée, il continua à être excité; deux jours après, il devint plus calme.

Il nous raconte, avec beaucoup d'absurdité et d'incohérence, ses idées ambitieuses et de persécution, attribuant à sa femme et à la propriétaire l'état malheureux dans lequel il se trouve actuellement.

Il a une physionomie assez intelligente, l'attention volontaire vive, et aucun trouble appréciable du côté de la mémoire. De plus, on ne constate nulle trace manifeste d'affaiblissement psychique qui semblerait pouvoir tenir à un état dementiel, fonction de sénilité; de même pas de faiblesse musculaire, pas d'étourdissements, pas de signes en somme de lésions circonscrites.

Peu à peu les idées délirantes se dissipent, le malade commence à se convaincre de leur absurdité, et au bout de cinq jours est envoyé dans un asile des environs de Paris, dans un état sensiblement amélioré.

Que pouvons-nous conclure de ces quelques documents cliniques? Ceci : que l'état de dégénérescence n'épargne pas la vieillesse; et par suite, cette dernière est capable d'engendrer, en dehors de toute lésion organique, fonction de la démence, des troubles psychiques semblables en tout à ceux qu'on rencontre chez les dégénérés adultes.

Leur juste connaissance est intéressante sous bien des rapports, et surtout au point de vue de l'évolution morbide et du pronostic qui, dans un grand nombre de cas, est très favorable.



---

# CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE LA NÉVROSE D'ANGOISSE

**Par le Dr CAPGRAS**  
Médecin adjoint de l'asile de Lafond.

---

Freud décrivit en 1895, sous le nom de névrose d'angoisse, un syndrome distinct de la neurasthénie et caractérisé par les symptômes essentiels suivants : 1° irritabilité générale; 2° attente anxieuse avec crises d'angoisse paroxystiques ou rudimentaires; 3° vertiges; 4° diverses phobies. En outre, cette névrose aurait une étiologie spécifique : toujours d'origine sexuelle, aussi bien chez la femme que chez l'homme, elle serait provoquée par « toutes les conditions qui contribuent à une accumulation de tension générique » : satisfaction incomplète des besoins génitaux, coït interrompu, suppression brusque d'habitudes d'onanisme, etc.

Hartenberg, en France, a consacré un travail remarquable à cette étude. Partisan de l'autonomie de la maladie de Freud, il n'admet cependant pas la spécificité du facteur sexuel et accorde une égale valeur à tout traumatisme émotionnel chez un sujet prédisposé. Cette dernière opinion est partagée par Pitres et Régis qui, contrairement au précédent auteur, se refusent à considérer la névrose d'angoisse comme une maladie spéciale. « C'est seulement un syndrome qui se greffe le plus

habituellement, à titre transitoire ou permanent, sur un fond soit neuropathique, soit psychopathique... Il s'associe le plus souvent à la neurasthénie et à la mélancolie... mais peut survenir aussi dans toutes les autres névroses et dans nombre de psychoses (1). » Cette conception a prévalu au Congrès de Grenoble de 1902, à la suite du rapport de Lalanne sur les états anxieux. Néanmoins Hartenberg (2) a récemment maintenu « la légitimité de l'autonomie de la névrose d'angoisse ». La discussion est donc encore ouverte sur ce point. C'est pourquoi les observations suivantes nous semblent intéressantes à publier; disons dès maintenant qu'elles nous paraissent corroborer la théorie de Pitres et Régis.

Obs. I. — F..., Jacques, cinquante-six ans, cultivateur, est interné à l'asile de Lafond le 19 mars 1903, à la suite de plusieurs tentatives de suicide. Sa maladie a débuté deux mois auparavant. Il fut à cette époque très affecté par l'état alarmant de sa femme. L'idée qu'il allait la perdre prochainement surgit dans son esprit, et dès lors ne cessa de l'obséder. Cette crainte, d'ailleurs justifiée, puisque sa femme mourait le jour même de son internement, s'accompagna bientôt d'accès d'angoisse caractéristiques. Il était pris d'oppression, d'étouffements, de sueurs, avait la gorge serrée, ne pouvait tenir en place. A d'autres moments il courait se lamenter auprès de sa femme, criant que la vie lui était impossible sans elle, incapable de taire ses funestes pressentiments. On le fit étroitement surveiller, mais la présence d'étrangers qui suivaient tous ses pas eut pour résultat de l'exaspérer. L'angoisse devint plus fréquente, l'anxiété continue, et le malade, trompant la vigilance de ses gardiens, se jeta dans une citerne, se précipita dans un puits. On se décide alors à le conduire à l'asile.

A son entrée il est dans une anxiété profonde qui se traduit,

---

(1) Pitres et Régis. Les obsessions et les impulsions. 1 vol. Bibliothèque de psychologie expérimentale. Paris, 1902.

(2) Hartenberg. Nouvelles observations de névrose d'angoisse. Arch. de neurologie, 1903, n° 83 (avec bibliographie complète de la question).

non par des gémissements, mais par la congestion de la face, une respiration fréquente, des tressaillements et des larmes; très concentré, il garde un mutisme à peu près absolu. Dans la nuit il s'agite, cause seul, a des illusions de la vue, et entend la voix de son fils qui l'injurie. Les jours suivants il se plaint de céphalée frontale, de douleurs dans la nuque et les épaules, il a une constipation opiniâtre. Il ne manifeste pas d'idées délirantes, mais vit sans cesse dans l'attente de la mort; comment viendra-t-elle, il l'ignore, mais n'en est pas moins persuadé chaque soir qu'il ne passera pas la nuit: il envisage sans effroi cette perspective qui paraît lui faire abandonner ses idées de suicide. Cet état reste stationnaire un mois environ puis s'améliore peu à peu. Actuellement le malade ne conserve plus qu'une émotivité exagérée et une dépression constante.

Spontanément F... nous demande un jour un entretien particulier et nous explique l'origine de son mal par l'histoire de sa vie intime, fort intéressante en effet.

Son père était un bon buveur, ce qui, pour un habitant de l'île de Ré, signifie qu'il prenait 5 ou 6 litres de vin blanc par jour; il est mort d'une attaque d'apoplexie. Sa mère a succombé de la même manière. Un de ses frères est hémiplégique. Le malade s'est toujours bien porté. Encore que possesseur d'une fortune moyenne, il n'a reçu aucune instruction, ne sait ni lire ni écrire, mais n'est pourtant pas dénué d'intelligence. Dès son jeune âge il a présenté une émotivité qui n'a jamais disparu. Enfant, il fut sujet aux terreurs nocturnes et se cachait dès qu'un étranger entra chez ses parents; jeune homme, il tremble à la vue des gendarmes. Plus tard toute conversation avec « un bourgeois » l'intimide au plus haut degré: doit-il aller chez son notaire, il se répète nombre de fois les phrases qu'il prononcera, et arrivé à l'étude, ses idées se brouillent, il ne peut placer un mot. Dès l'âge de treize ans il s'adonne à la masturbation avec frénésie, à dix-sept ans il se masturbe au moins trois fois par jour. A vingt-trois ans il fait la connaissance d'une jeune voisine et, pendant deux ans, pratique le coït interrompu. Très épris de sa maîtresse, il l'épouse afin de mieux satisfaire ses désirs et a un garçon au bout de treize mois. Aussitôt sa femme, dans la crainte d'une seconde grossesse, l'oblige à reprendre les rapports antérieurs à leur mariage. Il ne tarde pas à oublier ces recommandations et la femme redevient enceinte. Dès lors, après la naissance d'une fille, elle se refuse absolument à l'accomplissement du devoir conjugal. Elle

se contente de l'inviter à prendre certaines compensations et ils se livrent parfois à l'onanisme réciproque. Notre homme, qui aime trop sa femme pour chercher à la tromper, se répand en supplications toujours vaines. On le prie d'attendre jusqu'à trente-cinq ans; mais alors, nouveau refus, il faut patienter dix ans encore. Des querelles surviennent, le mari essaye à maintes reprises de recourir à la force, toutes ses violences échouent; la ménopause n'arrivant toujours pas, le dernier délai est dépassé et la paysanne demeure inflexible. F... n'en continuait pas moins à espérer des jours meilleurs lorsqu'une maladie utérine se développe chez sa femme et s'aggrave peu à peu. C'est alors que F..., tourmenté par l'idée qu'elle va mourir et que c'en est fini de sa vie sexuelle, malgré sa virilité encore puissante, présente les accidents qui ont amené son internement.

Il s'agit dans cette première observation d'un grand émotif soumis à une continence forcée de trente années, malgré des désirs violents. Il présente de l'attente anxieuse avec accès d'angoisse à la suite d'une maladie grave de sa femme. Cet état le conduit aux idées et aux tentatives de suicide, puis l'angoisse décroît et fait place à une mélancolie sans délire avec *tædium vitæ* et rares hallucinations auditives.

La seconde observation concerne un ménage qui après neuf années de pratiques sexuelles irrégulières est frappé de troubles analogues à ceux qu'eût au début le malade précédent : phobies, accès d'angoisse, tentatives de suicide. Le mari guérit par la reprise du coït normal; la femme devint épileptique.

Obs. II (1). — Les époux J... ont vécu en mauvaise intelligence dès le début de leur ménage : trois mois après le mariage la femme quitte le domicile conjugal et ne consent à y retourner que sur les instances de sa mère. M<sup>me</sup> J... est d'ailleurs

---

(1) Communiquée par le Dr Mabilie, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond, et rédigée d'après les notes de M. Daigrier, interne du service.

manifestement une dégénérée; israélite, issue d'une famille de névropathes, une de ses sœurs s'est suicidée et elle-même eut à dix-huit ans des crises hystériformes (?). On n'a pas de renseignements sur les antécédents de M. J... dont la conduite suffit cependant à indiquer qu'on se trouve en présence d'un amoral.

Après la naissance d'une fille M<sup>me</sup> J... refuse tout rapport sexuel avec son mari, donnant pour prétexte qu'à chaque intromission du pénis de ce dernier elle est blessée, et que le coït devient par suite un véritable supplice. En revanche, elle accepte toutes les caresses et même, assure-t-elle, des manœuvres contre nature? Un certain degré de perversion de l'instinct génital semble exister chez elle : elle se plaît à préciser les détails les plus intimes. Après neuf années de ce régime, le mari présente le premier des troubles mentaux. Il devient obsédé, la phobie de la variole s'empare de son esprit. Bientôt surviennent des accès d'angoisse caractéristiques : oppression, sensation de constriction, d'étouffement. Cet état le désespère, au point que pour en finir il se jette dans un des bassins de Rochefort. Sa femme, peu après lui, est atteinte des mêmes phobies, mais avec phénomènes d'angoisse plus atténués : elle n'en fait pas moins deux tentatives de suicide.

Fatigué de cette existence, le mari se décide à prendre une maîtresse et l'installe chez lui auprès de sa fille. M<sup>me</sup> J..., — indignée de ce procédé, d'autant plus que, malgré un flirt assidu, elle se vante d'avoir éconduit plusieurs amoureux, — est prise d'une excitation maniaque telle qu'on est obligé de l'interner. Durant son séjour de six ans à l'asile de Lafond, elle traverse des périodes d'agitation plus ou moins marquée, et, fait important, elle a de grandes crises d'épilepsie à intervalles de plus en plus rapprochés. Peu à peu elle devient démente et meurt en état de mal à l'âge de 47 ans. Le mari n'a pas eu, à notre connaissance, d'autres accès d'angoisse.

Cette seconde observation est intéressante à plus d'un titre. On pourrait, à propos de la femme, indiquer les rapports des obsessions et de l'épilepsie, et se demander si l'accès épileptique n'est pas venu se substituer à l'angoisse. Naguère encore MM. Raymond et Pierre Janet (1),

---

(1) Professeurs Raymond et Janet. *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Paris, 1902.

rappelant l'opinion ancienne de Griesinger et l'étude récente de Haskovec, ont montré les rapports qui unissent « l'angoisse des scrupuleux et l'accès épileptique ». Mais notre observation est trop incomplète pour permettre la discussion, et d'ailleurs il semble que, dans la circonstance, les phobies de la femme ont été provoquées par celles du mari ; ce serait un cas de phobies à deux.

Quoi qu'il en soit, un fait certain pour les deux malades, c'est que l'éclosion et l'évolution de leur névrose est sous la dépendance étroite du facteur sexuel. Il ne faudrait pourtant pas conclure dès lors en faveur de la théorie de Freud : personne ne songe à contester le rôle possible d'une excitation génésique longtemps inassouvie dans l'apparition de la névrose d'angoisse. Toute la question est de savoir si d'autres causes n'ont pas le même résultat.

Sur ce point notre premier cas nous semble tout-à-fait de nature à infirmer la théorie de l'étiologie sexuelle spécifique. Voilà une privation forcée, accompagnée, peut-on dire, d'un éréthisme génital quotidien, qui s'est prolongée trente années sans amener le moindre trouble ! Comment expliquer une pareille résistance, surtout chez un individu qui, pour un motif futile, a des accès de timidité voisins de la confusion mentale ? S'il est vrai que le désordre des fonctions sexuelles ait pu préparer le terrain, ce rôle même apparaîtra comme accessoire à côté de l'affectivité morbide préexistante du sujet, indice d'une prédisposition congénitale suffisante. La véritable cause de l'angoisse réside dans le choc émotionnel produit par l'imminence d'une séparation douloureuse : c'est lorsqu'il a deviné le pronostic fatal de la maladie de sa femme que cet homme a présenté les premiers accidents. Grâce à la coexistence chez un même malade de ces trois facteurs : prédisposition, continence, émotion, nous croyons pouvoir conclure avec Gilbert

Ballet, après examen de chacun de ces facteurs : « La privation sexuelle ne joue qu'un rôle très secondaire dans la production de cette névrose. C'est surtout aux chagrins, aux peines morales qui succèdent aux ruptures affectives, qu'il faut attribuer le rôle étiologique essentiel. En définitive c'est un traumatisme moral qui engendre cet état (1). »

Nos observations ne plaident pas davantage en faveur de la névrose d'angoisse, maladie autonome. En effet, les accès d'angoisse se sont montrés dans un cas au début d'une mélancolie présénile, dans un second ils ont précédé de grandes crises d'épilepsie. L'observation II semble être un cas de névrose d'angoisse pure ; il s'y est ajouté néanmoins un élément anormal : l'idée de suicide. Sans doute le suicide peut être déterminé par l'obsession, par l'angoisse ; ce n'est pourtant pas une réaction habituelle, et la présence de tentatives de suicide chez nos trois malades mérite une attention particulière. Ce symptôme commun permet de grouper ensemble des faits en apparence distincts. Il nous autorise à classer nos deux hommes dans une même catégorie ; cette similitude fut incontestable au début de la psychonévrose : obsessions, angoisse, tentative de suicide se retrouvent avec des caractères identiques. Pour quelle raison l'évolution fut-elle si différente : guérison chez l'un, mélancolie chez l'autre ? Cette diversité de marche s'explique aisément par l'étiologie que nous venons d'exposer, et vient elle-même à l'appui de notre argumentation antérieure. Dans un cas, le mal étant d'origine sexuelle disparaît lorsque sont repris des rapports normaux. Dans l'autre au contraire, le trouble produit par une émotion persistante ne peut que se développer. En conséquence

---

(1) Gilbert Ballet. Discussion du Rapport Lalanne. Congrès de Grenoble, 1902.

cette association d'accès d'angoisse et d'idées de suicide doit être considérée comme « l'étape initiale » d'une mélancolie qui dans la première observation a suivi son cours normal, dans la seconde a en quelque sorte avorté. Ainsi nous semble confirmée la conclusion de Lalanne : « La névrose d'angoisse constitue un état intermédiaire, un terme de passage, entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété. »



# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JUIN 1903.

Présidence de M. GILBERT BALLET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Lapointe, Marchand, Piéron, Rayneau et Thivet, membres correspondants; Médéa, de Milan, membre associé étranger, assistent à la séance.

*A propos du procès-verbal. — Des corps étrangers avalés par les aliénés.*

M. GILBERT BALLET. — A l'occasion du procès-verbal, et à propos des communications faites, à la dernière séance, sur les corps étrangers avalés par les aliénés, il m'a paru intéressant de faire part à la Société d'une observation assez curieuse que j'ai découverte en feuilletant l'histoire de la Société royale de médecine, rédigée par Vicq d'Azyr. A la page 262 du tome II, se trouve « la description de deux masses de cheveux trouvées par M. Baudamant, chirurgien de Verdun, dans l'estomac et les intestins d'un jeune garçon âgé de seize ans ». L'observation a été lue à la séance de la Société du 11 mai 1779. « Le sujet était le fils du nommé Payerne, habitant de Verdun. Dès son enfance, il avait pris plaisir à manger ses cheveux et à arracher ceux de ses frères et des personnes qui l'approchaient, pour les avaler également; il ramassait même les cheveux qu'on jetait dans les balayures; ce goût bizarre s'accrut avec l'âge. Les cheveux entassés par couches formèrent bientôt un corps ovale que l'on distinguait au toucher. Cette masse augmenta successivement; l'estomac devint douloureux, la fièvre s'alluma, et le malade mou-

rut dans un affaissement qui fut précédé par les douleurs les plus vives. » L'observation est accompagnée de figures représentant, en son volume naturel, la masse de cheveux. Celle-ci constitue un véritable moulage de la cavité de l'estomac et du duodénum, qu'elle emplissait à peu près complètement.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de MM. Francotte et Crocq, président et secrétaire général du XIII<sup>e</sup> Congrès de médecine mentale, demandant la nomination de membres délégués de la Société médico-psychologique à ce Congrès. — Sont nommés : MM. Ballet, Briand, Joffroy et Vallon ;
- 2° Une lettre de M. Dupain, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 3° Une lettre de M. Vurpas, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Klippol, Pactet et Toulouse, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *L'éducation physique en Italie*, par le professeur Massalongo ;
- 2° *Le centre sismogène cérébral*, par le même ;
- 3° *La Tempérance*, numéros de mai et juin ;
- 4° *La Revue de l'Hypnotisme*, numéro de juin.
- 5° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de mai.

M. GILBERT-BALLET. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société le *Traité de pathologie mentale* que je viens de publier avec le concours de MM. Anglade, Arnaud, Colin, Dupré, Dutil, Roubinovitch, Séglas et Vallon.

La dernière bonne feuille en a été tirée avant-hier : les auteurs ont tenu à donner la primeur de ce livre à la Société médico-psychologique, espérant que cela lui portera bonheur.

Cet ouvrage constitue un volume de 1.600 pages. On s'y est attaché à décrire tous les troubles mentaux, passagers ou durables, secondaires ou primitifs, que la cli-

nique nous montre dans les multiples circonstances où le fonctionnement cérébral peut être troublé. Les psychoses constitutionnelles y occupent la large place à laquelle elles ont droit dans un traité de cette nature; mais à côté d'elles y figurent les délires qu'on observe dans les diverses infections, dans les intoxications d'origine externe ou interne. Un long chapitre est consacré aux troubles mentaux qui accompagnent les lésions organiques du cerveau, troubles qu'on signale à peine dans les traités similaires. On a fait dans ce livre la part qui convenait aux questions doctrinales et théoriques, mais on a visé à ce qu'il fût surtout un ouvrage pratique; la séméiologie, le diagnostic, le traitement des affections mentales, y tiennent la plus large place; plusieurs chapitres sont consacrés à la médecine administrative et à la médecine légale des aliénés.

On s'y est attaché à faire connaître, comme il convenait, les travaux étrangers (et ils sont importants et nombreux) aussi bien que ceux de nos compatriotes; mais on a évité d'y marcher systématiquement dans le sillage de telle ou telle école, et on s'est efforcé de conserver à ce traité le caractère d'un traité français de pathologie mentale.

### *Rapport de candidature.*

M. CHRISTIAN. — Le collègue dont je suis chargé de vous rapporter la candidature au titre de membre associé étranger, occupe, dans la psychiatrie contemporaine, une place éminente. Beaucoup d'entre nous connaissent personnellement M. le professeur Meschede, pour l'avoir rencontré à l'un ou à l'autre de nos congrès; ils ont été à même d'apprécier son savoir et ses qualités confraternelles. Tous nous savons que, depuis son entrée dans la carrière, il a été un des médecins les plus actifs et les plus laborieux de notre spécialité.

M. Meschede, né en 1832, a commencé en 1852 ses études à la Faculté de médecine de Greifswald; il fut aide de chirurgie dans le service de Bardeleben. Il passa ensuite à Würzburg, où il entra dans le laboratoire de Virchow. Dès cette époque, il publia plusieurs mémoires ayant trait à la chirurgie et à l'anatomie pathologique.

Reçu docteur en 1856, il fut appelé l'année suivante en qualité de médecin en second à l'asile d'aliénés de Schwetz (Prusse orientale); il y resta jusqu'en 1873, époque à laquelle il fut élu médecin en chef directeur de l'hôpital de Königsberg; il n'a pas cessé d'occuper cet emploi concurremment avec celui de médecin directeur de la section interne et de la partie psychiatrique de l'Université. En 1875, il se fit recevoir agrégé (privat-docent); en 1888, il fut nommé professeur. Enfin, en 1892, il eut l'honneur d'inaugurer comme directeur la clinique psychiatrique qui venait d'être fondée à l'hôpital.

On voit, par cette rapide énumération des fonctions dont Meschede a été successivement investi, quelle haute situation scientifique il a conquise à l'Université et dans la ville de Königsberg. Mais ce qui lui donne une physionomie à part, et singulièrement originale, c'est que Meschede n'a jamais été un psychiatre exclusif; il ne s'est jamais désintéressé des questions de médecine générale et d'anatomie pathologique. Lui-même il a dit quelque part qu'il a pris pour devise les paroles d'Hippocrate : « Selon mon opinion, personne ne peut rien savoir de vrai de la nature de l'homme, sinon par la médecine; et encore faut-il, dans ce cas, connaître la science médicale dans tout son ensemble. »

La liste de ses travaux montre qu'il est resté fidèle aux recommandations du Père de la médecine. Cette liste est longue; j'ai sous les yeux plus de trente mémoires qui se sont succédé sans interruption depuis près de quarante ans. Je ne puis vous les citer tous. Je rappellerai seulement son travail sur les causes de la paralysie générale, paru en 1865 dans les *Archives de Virchow*, et qui, en 1866, fut traduit et publié dans les *Annales médico-psychologiques*; puis un mémoire, rédigé en français et lu au Congrès international de Paris en 1900, sur la *Paranoïa periodica*.

J'ajouterai que dans tout ce qu'a écrit Meschede, on retrouve le clinicien sagace, le savant consciencieux, qui ne néglige aucun détail, et sait toujours appuyer ses déductions sur l'observation rigoureuse des faits.

Votre Commission, dont j'ai l'honneur de faire partie avec MM. Magnan et Ritti, est heureuse de proposer à

vos suffrages un confrère aussi distingué, et elle espère que vous voudrez bien accorder à M. Meschede le titre qu'il sollicite.

Conformément à ces conclusions, M. Meschede est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

### Spasme unilatéral des muscles abdominaux dans un cas de paralysie générale,

par M. le D<sup>r</sup> M. TRÉNEL.

Il n'est rien de plus banal que les convulsions musculaires dans la paralysie générale, qu'elles soient généralisées ou localisées. Aussi le cas présent n'est-il communiqué ici qu'en raison de la singularité de la localisation du symptôme.

La malade, âgée de quarante-sept ans, est à l'asile depuis quatorze mois. L'affection daterait de trois mois auparavant. A son entrée, elle était dans un état lamentable en raison d'une vaste escarre sacrée, qui guérit d'ailleurs complètement. Elle présentait un profond affaiblissement intellectuel avec satisfaction niaise, de l'embarras, mais surtout de la lenteur de la parole, du tremblement de la langue, du gâtisme; les réflexes rotuliens étaient à peine perceptibles, et leur abolition fut rapidement complète. Les pupilles étaient inégales et réagissaient lentement à la lumière.

Au bout de quelques semaines elle entra en rémission relative; dans les mois qui suivirent, elle eut quelques vertiges, en particulier dans le mois d'août 1902. Il est à noter que le réflexe lumineux persiste actuellement; il est très vif encore (plus peut-être qu'au moment de l'entrée); le réflexe accommodatif persiste; mais il existe un hippus permanent que l'on constate à chaque examen. L'inégalité pupillaire est peu marquée.

Le 16 avril, la malade fut prise, sans perte de connaissance, d'une attaque d'épilepsie jacksonienne. Les convulsions occupaient le côté droit du corps, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux. Quand je la vis le lendemain, les secousses étaient presque unique-

ment localisées aux muscles de l'abdomen. Je ne constatai que quelques rares secousses dans le bras et la jambe, tandis que le côté droit de l'abdomen était soulevé en masse par des séries de secousses que j'ai pu enregistrer sur les courbes que je vous présente. Elles survenaient par crises plus ou moins régulières dont chacune se terminait par une sorte de tétanisation du côté droit de la paroi. J'ai pu photographier ce spasme : il se traduit, en effet, sur l'épreuve que je vous soumetts, par des plissements multiples parallèles que l'existence de vergetures rend des plus manifestes, et par la formation de rides sur toute la surface de ce côté du ventre. On se rend bien compte du fait par la comparaison avec une épreuve prise pendant une période de repos. L'unilatéralité du spasme se traduit même par une certaine déviation de l'ombilic à droite.

Je dois faire remarquer qu'il existait aussi, au début, quelques secousses dans la masse sacro-lombaire. Quoiqu'il en soit, le spasme se localisa à un groupe physiologiquement distinct pour ne disparaître que progressivement au bout de neuf jours. Il était facile, quand il ne se produisit plus spontanément, de le faire renaître en faisant asseoir la malade sur son lit ou en provoquant le réflexe abdominal. Dans les premiers jours, où il était très accentué, rien n'était plus singulier que les fléchissements subits, successifs, du tronc, que présentait la malade soit couchée, soit dans la station — dans la station surtout, où elle faisait une sorte de révérence tout à fait comique. Les muscles respiratoires m'ont paru indemnes.

Il est à noter qu'il existait un état de vaso-paralysie des plus marqués, surtout au niveau de la partie droite de l'abdomen : une strie produite au moyen d'une friction très modérée par un objet mousse, faisait apparaître au bout d'une demi-minute une raie rouge qui persistait plusieurs heures du côté du spasme, tandis qu'elle disparaissait beaucoup plus rapidement de l'autre côté. Peu à peu ce symptôme s'est atténué et, aujourd'hui (fin juin), on ne constate plus de différence des deux côtés.

Actuellement, deux mois après l'attaque, il n'existe plus de spasme ; on constate au contraire, de la façon la plus nette, une moindre activité du réflexe abdominal du

côté droit, tandis que, dans les premiers jours, le moindre attouchement, d'un côté ou de l'autre, faisait renaître le spasme. Comme reliquat de l'attaque, la malade a une légère parésie faciale droite, et on produit le réflexe de Babinski au pied droit (relèvement des deux orteils internes), réflexe faible mais cependant manifeste. Les réflexes rotuliens sont abolis, les réflexes achilléens de même. Le réflexe de Schoeffer ne peut être obtenu, en raison de la douleur qu'en provoque la recherche. Aucun trouble de la sensibilité.

Plus importante à noter est une aphasie amnésique : la malade, tout en comprenant aussi bien que le permet son état de démence tout ce qu'on lui dit, ne peut dénommer aucun objet, tout en pouvant le reconnaître et en définir l'emploi ou l'aspect par une périphrase ou une mimique expressive dans la mesure de son état intellectuel. N'y aurait-il pas dans ce trouble du langage et dans le spasme abdominal, de ces symptômes un foyer qu'on rencontre dans la paralysie générale; ou bien, ce que pourrait laisser à penser le peu d'intensité des troubles pupillaires, la diminution du tremblement de la langue, etc., ne serions-nous en présence que d'une lésion en foyer ordinaire?

Pour ne nous occuper que de l'objet précis de cette communication, quelle que soit la cause anatomique du symptôme, l'observation est intéressante en raison de la localisation du spasme à un groupe musculaire physiologique, rarement atteint d'une façon distincte (1).

#### DISCUSSION

M. JANET. — M. Trénel a-t-il pu distinguer sur les graphiques qu'il a présentés ce qui appartient d'une part aux muscles de l'abdomen et d'autre part au diaphragme?

M. TRÉNEL. — La chose était très difficile avec le

---

(1). Comme cas à rapprocher de celui-ci, indiquons que Janet a observé de ces spasmes localisés aux muscles abdominaux dans l'hystérie; mais le symptôme était bilatéral. (*Névroses et idées fixes*. Tome I.)

véritable « instrument de fortune » dont je me servais : c'était un sphymographe.

M. BRIAND. — Le spasme a-t-il persisté longtemps ?

M. TRÉNEL. — Neuf jours. Certains de ces spasmes durent plus longtemps, et précisément, dans le service de M. Briand, je me rappelle avoir observé un spasme du bras qui dura deux mois et demi.

M. VIGOUROUX. — J'ai observé aussi, consécutive-ment à une attaque épileptiforme, un spasme du facial ayant duré trois semaines.

M. BALLET. — Quelle était la fréquence des secousses ?

M. TRÉNEL. — Pendant trois jours elles existaient d'une façon presque permanente.

### Perte de la vision mentale chez les hystériques.

par M. le D<sup>r</sup> PAUL SOLLIER.

Les troubles de la représentation mentale sont constants chez les hystériques. Aussi certains auteurs ont-ils voulu faire reposer toute l'hystérie sur la représentation mentale, et la considérer comme une maladie par représentation. Malheureusement, les mêmes accidents peuvent être attribués tantôt à la persistance d'une représentation, tantôt à la perte de la représentation. Cette contradiction provient tout simplement de ce que les phénomènes de représentation sont des effets et non des causes de l'état hystérique. Il en est d'ailleurs de même de tous les autres phénomènes psychologiques que l'on rencontre dans l'hystérie. Celle-ci est constituée essentiellement par un état physiologique particulier du cerveau, auquel correspond naturellement un état mental, comme les choses se passent à l'état normal. Si cet état physiologique persiste pour une cause quelconque, au lieu de se modifier sous l'influence des impressions successives et des excitations tant externes qu'internes qui arrivent au cerveau, l'état mental qui lui est lié persiste lui aussi : c'est ainsi qu'est créée ce qu'on appelle l'idée fixe, à laquelle on a voulu faire jouer un si grand rôle dans l'hystérie et même dans toutes les névroses et qui n'est, comme les phénomènes de repré-



sensation mentale, qu'une conséquence et non une cause de l'état psycho-physiologique hystérique. Il suffit, pour le démontrer, de modifier par des procédés quelconques physiologiques, psychologiques ou mécaniques même simplement, l'état physiologique du cerveau, pour voir immédiatement l'idée fixe, la représentation mentale persistante qui lui est liée, se modifier et disparaître comme par enchantement. Que l'état physiologique reparaisse — et l'on peut objectivement le reconnaître aux troubles de la sensibilité et de la cénesthésie qui le caractérisent — et l'on voit reparaître l'idée fixe, qui correspond à un moment de notre personnalité à la fois physique et mentale.

On comprend que tant que cet état psycho-physiologique persiste, les excitations consécutives à celle qui l'a déterminé; et dont la représentation reste seule présente à l'esprit du sujet, font très peu d'impression sur le cerveau. Si elles en faisaient, elles modifieraient en effet cet état cérébral, et par conséquent l'idée, la représentation qui y correspond. On ne s'étonnera donc pas de voir que la perte des impressions, des sensations normales, la non-persistance de ces impressions et sensations, et par suite la non possibilité de leur représentation ultérieure, soient corrélatives de la fixité d'une certaine représentation mentale liée à un état cérébral persistant.

Parmi les troubles en trop ou en moins de la représentation mentale chez les hystériques, il en est un mode qui est particulièrement atteint, c'est la vision mentale, la représentation visuelle. C'est d'elle seule que je veux m'occuper en ce moment, et je commencerai par en rapporter un exemple très typique.

Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans et demi, François R... En 1902, il a commencé à moins manger parce qu'il avait peur de devenir trop gras. En octobre, il a une première crise d'hystérie convulsive, avec perte de connaissance, parce qu'on voulait le forcer à manger davantage. A partir de ce moment, l'anorexie s'accroît et les crises, soit convulsives, soit de larmes et de rire, se montrent de nouveau en novembre, et en janvier 1903. Il maigrit, le sommeil devient agité, coupé de rêves, de cauchemars. Il avait une céphalée continuelle; mais voulant travailler au collège, il ne s'en plaignait pas.

A la fin de janvier, on constate de la diminution de la sensibilité du côté droit. Les crises deviennent de plus en plus fréquentes, jusqu'à douze et quatorze fois par jour, et d'une durée de vingt minutes environ. A la suite des mouvements cloniques, il avait des conversations avec des personnages imaginaires, tout au moins le croit-on.

Il vient à Paris le 3 février et est placé dans une maison de santé, soumis à l'isolement. Les huit premiers jours, sous l'influence du changement de milieu et de l'hydrothérapie, il se produit une certaine amélioration. Mais, livré à lui-même, sans direction sérieuse, il est pris d'ennui et fait deux tentatives d'évasion. Il est bientôt repris de crises en séries d'une grande fréquence. Il perd la mémoire, la sensibilité, et a de la contracture du côté droit de la face, la bouche étant extrêmement déviée. Personne ne le forçant à manger, son anorexie s'accuse encore, quoique son envie de maigrir ait disparu, et au lieu d'engraisser, il maigrit davantage.

Au bout de quinze jours de crises en séries et de divagations, il est pris de contracture généralisée à tout le côté droit. Celle-ci s'améliore pendant deux jours; il en profite pour faire croire qu'il n'a plus de crises (qu'il peut dissimuler, sa garde-malade le laissant seul presque constamment), qu'il se sent mieux; et qu'il désire s'en aller. Ce désir n'étant pas exaucé, tous les accidents reparaissent.

Un malade de la maison de santé a l'idée de l'endormir pour lui suggérer de redresser sa bouche. Mais il ne peut se réveiller et reste endormi pendant quarante-huit heures. Pour le tirer de son sommeil, on n'imagine rien de mieux que de lui faire sur le côté droit des applications de courant galvanique d'une intensité telle qu'elles déterminent des escarres profondes au bras, sans arriver d'ailleurs à le réveiller. Il se réveille spontanément, et sa famille avertie le retire pour me le confier, sur le conseil de M. Ballet.

Il entre au sanatorium de Boulogne le 13 mars. Il présente alors de l'hémianesthésie droite complète, de l'hyperesthésie à gauche, de l'anorexie complète. Il dort à peine, avec des cauchemars; a des accès de somnambulisme la nuit, pendant lesquels il cause d'une façon assez distincte et se lève. Il présente de la contracture de la face à droite. La bouche est fortement déviée en dehors et en haut. Cela s'exagère dans les mouvements de la mimique et en parlant. Les muscles de la face ne sont pas seuls pris. Le peaucier du cou l'est également, et le sterno-cléido-mastoldien dans sa portion claviculaire. Le réflexe rotulien est exagéré à droite, normal à gauche. Rétrécissement très considérable du champ visuel des deux côtés, surtout à droite. Perte du réflexe pharyngien. Abolition du

goût et de l'odorat. Diminution de l'acuité auditive, surtout à droite.

Troubles vaso-moteurs considérables : les mains et les pieds sont d'une coloration violet foncé, froids et humides. Le poulx est petit. L'amaigrissement est considérable : 32 kilogrammes.

Mis au repos complet au lit, à l'alimentation obligatoire avec régime normal, à l'hydrothérapie chaude (douches à 40°), il reprend du poids dès la première semaine.

Les crises cessent très rapidement, au bout de quelques jours, pour ne plus reparaitre.

La contracture de la face cède assez facilement à des mouvements d'opposition, et à des tractions avec rotation de la tête à gauche, sur le sterno-cléido-mastoïdien et sur le peaucier. Mais elle se reproduit assez vite. Les exercices mécanothérapiques font également céder assez vite la contracture du bras et de la jambe.

J'observai, au cours de ces exercices, un phénomène fort intéressant, qui vient corroborer ce que j'ai soutenu sur les localisations cérébrales dans l'hystérie. Quand je lui fis exécuter des mouvements forcés pour réduire la contracture du bras et de la jambe, il se mit tout à coup à se tenir la tête avec la main appuyée sur la zone rolandique gauche, en s'écriant que cela le tirait et lui faisait mal. Chaque fois d'ailleurs que l'on renouvelait ces exercices, le même phénomène se reproduisait, montrant bien, d'une part, l'influence qu'ont les exercices sur les centres corticaux eux-mêmes et, d'autre part, que le siège de l'hystérie est bien nettement cortical. Quand la contracture avait disparu, les exercices, si énergiques qu'ils fussent, ne déterminaient plus aucune douleur cérébrale; ce qui démontre aussi que c'est bien à un défaut de fonctionnement des centres corticaux que sont dus les phénomènes hystériques.

Les troubles vaso-moteurs se modifièrent parallèlement au retour des fonctions motrices et de la reprise de l'embonpoint.

La tendance à la contracture de la face persistant, et la sensibilité ne reparaissant pas assez rapidement, le sommeil étant, d'autre part, toujours interrompu par des rêves et du somnambulisme, je résolus de procéder au réveil cérébral dans l'hypnose.

Le 12 avril, j'endormis le malade avec la plus grande facilité et, une fois endormi, je lui ordonnai simplement, en maintenant ses yeux fermés, de se réveiller complètement. Il présenta aussitôt toutes les réactions motrices et sensitives que j'ai décrites, s'étirant violemment les membres surtout du côté droit contracturé, se tortillant le cou, faisant mouvoir toute sa face, respirant fortement et profondément. A la suite des premières

séances, la contracture du côté droit disparut, la face seule conserva un peu de contracture qui disparut d'ailleurs par la suite.

En même temps se produisit la perte de la vision mentale à un point extrêmement marqué. Le jeune malade eut un état d'amnésie continue très accusé. Il ne se rappelait absolument rien de ce qu'il avait fait une heure auparavant, ne savait pas le mois, le jour, ni l'année, quoi qu'on le lui répât. Il ne se rendait nullement compte du temps qui passait, et était très satisfait, ne s'ennuyant nullement. Il ne reconnaissait personne et se rappelait à peine les noms des médecins de la maison. Aucun souvenir de sa mère, de son médecin, de sa ville natale. Il lui était impossible de dire si sa mère était grande ou petite, jeune ou vieille; il ne se rappelait plus le nom ni le visage de ses camarades de collège et de ses professeurs. Il parlait cependant très correctement, et si on causait avec lui de choses banales, il ne laissait nullement paraître cet état d'amnésie continue. Il ne pouvait d'ailleurs fixer son attention d'une façon sérieuse sur rien, oubliait tout ce qu'il lisait au fur et à mesure qu'il lisait, et c'est à peine s'il pouvait jouer aux dames.

Cet état fit bientôt place à une régression de la personnalité qui se montra d'abord sous la forme de reviviscence des années d'enfance pendant la nuit. Chaque nuit, après une séance de restauration de la sensibilité faite dans la journée, il revivait ainsi une ou deux années de son enfance et retraversa ainsi son existence depuis l'âge de trois ans jusqu'à douze ans en cinq ou six jours; et ensuite progressivement, au cours même des séances de resensibilisation, de réveil cérébral, de douze ans à son âge actuel dans l'espace d'un mois environ.

Pendant que cette régression de la personnalité se produisait et, au fur et à mesure qu'il traversait les années passées de sa vie, les souvenirs afférents à ces diverses périodes reparaissaient très complets. Il récitait les différents auteurs appris dans ses classes successives, il nommait ses professeurs et ses camarades, il racontait les divers incidents de son existence. Mais, quand on lui demandait de dire comment étaient les personnes dont il parlait, les monuments ou les villes qu'il disait avoir vus, il en était incapable. Il ne pouvait se les représenter. Les personnes même qui lui étaient les plus familières, les monuments qu'il connaissait depuis son enfance, il ne pouvait les décrire.

Au bout d'un certain temps cependant, il commença à pouvoir dire que sa mère *devait* être brune, petite; que le pont de la ville devait avoir trois arches, avec des candélabres dessus; mais il n'aurait pas osé l'affirmer: « Je le sais, mais je ne le vois pas », disait-il, montrant ainsi nettement la distinction entre le souvenir brut, abstrait, et la représentation mentale

complète. Son médecin de province vient le voir, et il ne le reconnaît pas. Il en est de même de M. Ballet.

Enfin, le 23 mai, il a fini de repasser son existence, et je continue le réveil cérébral, complet. Il se réveille spontanément, après avoir présenté des réactions très énergiques, à son âge réel, au jour exact où nous sommes. Un peu avant ce réveil, il s'écrie tout à coup qu'il ne sait plus ce qui se passe, qui il est, où il est, que tout est noir en lui, qu'il ne sait plus rien. C'est là une impression très fréquente avant le réveil cérébral définitif, que cette espèce de confusion générale.

En continuant à se réveiller davantage, il sent bientôt sa tête se dégager, tout s'éclairer, et il se réveille avec la sensation qu'un voile se lève sur ses yeux. Il est frappé de la clarté du jour, de la netteté des objets, de la vivacité des couleurs.

Je constate alors que non seulement il a tous ses souvenirs, retrouvés ainsi de plus en plus à chaque séance de réveil, et conservés entre les séances, mais encore qu'il se représente tout normalement. Il peut maintenant nous donner les plus grands détails sur les gens et les choses qu'il connaît.

Pendant qu'il avait ainsi perdu la vision mentale tout en recouvrant les souvenirs, il avait au contraire conservé toujours la représentation auditive et pouvait parfaitement se rappeler les airs qu'il avait appris autrefois.

Le 24 mai, je constate qu'il a un peu d'anesthésie encore au niveau de l'occiput où il éprouve une sensation de resserrement, de gêne; il en a également au sommet du crâne. La vision mentale a presque disparu. Je procède à une séance de réveil cérébral plus complet, à la suite duquel il se sent plus gai, reprend goût à la vie. Tout l'ennuyait auparavant; maintenant, il fait des projets et se sent très heureux d'être guéri. Cependant sa vision mentale est encore faible. L'anesthésie au sommet du crâne a disparu, mais la sensation de serrement à l'occiput persiste encore. J'examine sa sensibilité et, au cours de cet examen, je constate que son champ visuel est encore extrêmement rétréci, alors qu'à la suite du premier réveil, il était presque normal, en même temps que la vision mentale était revenue. Je ne lui fais aucune remarque, le rendors, et lui ordonne de se réveiller plus complètement encore, de tout le corps et de toute la tête. Il fait alors des secousses de tête, se frotte et se frappe l'occiput, se frotte les yeux, s'étire de tous les membres et se réveille enfin. J'examine de nouveau son champ visuel. Il est presque normal. L'acuité visuelle l'est également, alors que tout à l'heure il avait comme un léger brouillard devant les yeux. En même temps je m'assure, en l'interrogeant, qu'il se représente visuellement les choses. L'anesthésie et la gêne de l'occiput ont disparu. Il y avait donc un rapport

évident entre la perte de la vision mentale et le rétrécissement du champ visuel.

Par la suite j'eus l'occasion, deux ou trois fois, à la suite de fatigues qui ramenaient un peu d'engourdissement cérébral, de constater du rétrécissement du champ visuel et de la diminution de la vision mentale.

Aujourd'hui, ce jeune garçon est complètement guéri. Il dort sans rêves, a repris 3 kilogrammes, est gai, bien vivant, a toute sa sensibilité, et ne présente plus de traces de contracture ni de diminution de la force du côté droit. Il a retrouvé toute sa mémoire, toute sa faculté d'attention. Sa personnalité physique et morale s'est complètement restaurée.

Il s'est passé ici d'une façon très accentuée ce que l'on voit presque constamment chez les hystériques sous l'influence du traitement et du retour de l'activité cérébrale. Quand ce garçon avait été placé dans la première maison de santé, le changement de milieu et l'isolement avaient amené une accalmie dans ses manifestations et une légère amélioration. Il avait de suite perdu la représentation visuelle de sa mère et de tout le reste, chose que j'avais omis de relater dans les observations ci-dessus. Puis, son état étant redevenu ce qu'il était auparavant, il avait retrouvé ses souvenirs et ses notions tels qu'il les avait pendant sa maladie, et à son arrivée ici il put nous donner tous les renseignements voulus. Mais de nouveau sous l'influence de la modification de son état, il perdit le pouvoir de représentation mentale, et même tout souvenir, et présenta de l'amnésie continue. Puis, celle-ci étant disparue, le retour de l'activité cérébrale ramena les souvenirs antérieurs, mais sans représentation visuelle, et celle-ci ne reparut que lorsque le champ visuel fut redevenu normal.

Tous les hystériques ne présentent pas une pareille amnésie, quoique je l'aie très souvent constatée chez les jeunes sujets. Mais tous offrent à un moment donné de la perte de la vision mentale. Elle peut être absolument isolée et coïncider avec la conservation des autres représentations sensorielles, auditives principalement. Elle ne va jamais, par contre, sans modifications de la cénesthésie, sans modifications de la personnalité.

A quoi tient ce trouble de la vision mentale? Pour

s'en rendre compte, il faut voir dans quelles conditions on l'observe habituellement. Il est assez rare de le voir signaler dans les observations d'hystérie. On relate l'état de la mémoire, non celui de la vision mentale. Entre l'amnésie et la perte de la représentation visuelle il y a une différence intéressante à remarquer ; car elle va à l'encontre de ce qu'on enseigne habituellement, qu'on n'a pas de pensées sans images. Nous avons ici la preuve que cela est cependant possible. Dans le cas que je viens de rapporter et dans un grand nombre d'autres, on observe, au contraire, ce phénomène paradoxal en apparence, de souvenirs sans représentation visuelle. On voit les malades décrire les personnes et les choses dont on leur parle et ne pas les reconnaître sur leur photographie, et quelquefois même en les voyant. Les malades font d'ailleurs très bien la différence en disant : « Je sais que telle chose est ainsi, mais je ne peux pas me la représenter. » Pour qu'un souvenir soit complet, pour qu'une représentation soit nette, il ne suffit pas, en effet, que l'impression sensorielle de l'objet à se représenter soit nette ; il faut encore qu'il s'y joigne un certain état cénesthésique, par suite duquel on relie cette représentation à un certain état de personnalité, à un certain moment, à de certaines circonstances internes et externes où cet objet a fait impression sur vous.

Dès que la personnalité des sujets est troublée, la représentation mentale est modifiée. On peut s'en rendre compte chez la plupart des hystériques ayant ces diverses phases dans leur maladie, et ayant présenté dans ces diverses phases des états de personnalité très différenciés. On constate alors que s'ils se représentent facilement tout ce qui se rapporte à une certaine phase, ils ne le peuvent plus pour d'autres états de personnalité, et que ce qui se rapporte à ces derniers états leur reste à l'état de souvenirs bruts, qu'ils racontent même souvent par ouï dire, mais sans se les assimiler personnellement.

Pour en revenir aux conditions dans lesquelles la perte de la vision mentale s'observe le mieux, nous voyons que c'est sous l'influence du traitement par l'isolement, et par tout ce qui réveille les centres cérébraux. Tous ces agents n'ont qu'un effet en réveillant ainsi le

cerveau, en le tirant de son état d'inhibition : c'est de modifier la personnalité.

Je n'ai pas à revenir ici sur la façon dont se produit ce réveil cérébral et dont se manifeste la régression de la personnalité qui l'accompagne fatalement. Que ce réveil se produise spontanément comme cela arrive souvent dans des cas légers, ou qu'on soit obligé de le provoquer de diverses manières, cette régression de la personnalité se manifeste toujours, tantôt très légèrement, tantôt d'une manière tellement nette que les sujets revivent absolument les états antérieurs.

Avant que cette régression se produise, il survient d'abord un état d'ébranlement cérébral, de remise en train de l'activité cérébrale, qui amène une véritable confusion des idées, des souvenirs, des impressions. C'est alors que se produit, soit la perte de la vision mentale seule, soit l'amnésie contenue.

Il est à remarquer que la perte de la vision mentale porte de préférence, quand elle est isolée sur les objets et les personnes que le sujet a toujours connus, qui le touchent de plus près, qu'il aime le mieux. Cela paraît paradoxal, mais en réalité est au contraire logique. Ces choses et ces personnes ne sont pas liées à un état particulier de notre personnalité ; elles font partie de tous nos souvenirs, de tous nos états de personnalité. Lorsque l'ébranlement cérébral qui remet le cerveau en activité, survient, il n'y a plus de personnalité définie ; le sujet ne se reconnaît plus lui-même ; il ne sait ce qui se passe en lui, il n'a plus de personnalité propre, ni actuelle ni passée.

Il n'est donc pas surprenant que les idées, les souvenirs, les sentiments qui font partie intégrante de son sentiment personnel, soient effacés. Puis reviennent des états cénesthésiques et de sensibilité, générale et spéciale, correspondant à des états antérieurs de personnalité, et ce ne sont plus alors que les représentations se rapportant à l'époque où il se sent revenu que le sujet éprouve. Il se rappellera par exemple son père tel qu'il était dix ans auparavant, comme il se croit lui-même à dix ans en arrière. Mais bien souvent ces représentations mêmes qui se rapportent à tous les états de personnalité, ayant trait à des choses perçues de tout temps



par le sujet, ne se produisent pas, quoique les autres souvenirs soient parfaitement nets. C'est précisément dans les cas les plus légers qu'on observe cette dissociation. Elle inquiète beaucoup les sujets, qui sont les premiers à vous la signaler : « Je ne sais pas ce qui m'arrive, je ne puis plus me représenter mon mari, mes enfants ; je crois que je deviens folle. » Tous les hystériques qui sont en voie de guérison présentent à un moment donné cet état sous une forme plus ou moins nette.

Cette dissociation montre bien qu'il s'agit là d'un phénomène distinct de la mémoire. La vision mentale accompagne et complète le souvenir, mais ne lui est pas indispensable. Elle le rend plus précis, elle le rend surtout plus personnel. Sans elle il reste abstrait, incolore, impersonnel.

Quand l'activité cérébrale commence à reparaître, il se produit donc un état spécial du cerveau qui ne correspond à rien de déjà éprouvé, d'où la confusion, l'amnésie quelquefois, et la perte de la vision mentale toujours.

Puis, cette activité cérébrale reparaissant présente tous les degrés par lesquels elle a déjà passé, et ramène ainsi fatalement les états psycho-physiologiques, les états de personnalité antérieurs. Enfin quand tous les états ont été ainsi passés en revue, il reste encore une étape à franchir pour le cerveau, c'est de reprendre l'activité qu'il devrait avoir à l'heure actuelle s'il n'avait pas été inhibé depuis plus ou moins longtemps. Alors seulement se produit dans toute son intensité le sentiment de la personnalité, du moi, de la volonté de l'individu ; et les sujets le traduisent habituellement par des termes assez identiques : « Ah ! je suis moi maintenant » ; « c'est moi qui veux », etc.

En même temps que le sujet reprend ainsi la notion complète de sa personnalité actuelle et la raccorde avec sa personnalité passée, dont il a revécu toutes les phases depuis le moment où elle a été altérée par l'état d'hystérie, il retrouve la vision mentale nette.

Ce retour de la vision mentale ne se fait qu'à la fin de ce travail de repersonnalisation, qu'il se soit produit spontanément sous la seule influence de l'isolement, de

l'hydrothérapie, de la suralimentation, ou sous celle du réveil direct de l'activité cérébrale dans l'état hypnotique ou par les excitations mécano-thérapiques.

Il s'accompagne de phénomènes du côté de la vision proprement dite : plus grande acuité visuelle et agrandissement du champ visuel. Ce qui montre bien que ces deux éléments jouent un certain rôle, c'est que dans des cas comme celui-ci, on voit la vision mentale varier au prorata des deux, lesquels d'ailleurs sont eux-mêmes en rapport direct avec l'état plus ou moins parfait de l'activité cérébrale, avec le réveil plus ou moins complet.

En résumé, chez les hystériques la perte de la vision mentale se rencontre très fréquemment pour ne pas dire toujours. Elle est directement liée à des variations de l'état de la personnalité d'une part, et sa disparition tient à la restauration complète de cette personnalité sous l'influence du réveil cérébral, d'autre part. Au cours de l'hystérie elle porte seulement sur des phases où la personnalité était différente de la personnalité actuelle. Sous l'influence du traitement elle se manifeste au moment de la confusion qui précède la régression de la personnalité liée au réveil de la sensibilité, c'est-à-dire de l'activité cérébrale, et persiste pendant tout le temps de la restauration de la sensibilité et de la personnalité. Elle ne cesse qu'avec le réveil cérébral complet. La vision mentale est distincte de la mémoire proprement dite, les souvenirs pouvant se montrer d'une façon abstraite, brute, incolore, sans images, contrairement à ce qui est admis habituellement. Elle est d'autant plus marquée que l'état hystérique est plus marqué lui-même, plus profond surtout plutôt que plus ancien. Elle complète les représentations mémoriales et reparaît au moment seulement où la personnalité est complète. Mais il est en outre nécessaire que la fonction visuelle soit redevenue normale, et on peut la voir varier avec l'étendue du champ visuel et l'acuité visuelle. Si ces conditions de la fonction visuelle ne sont peut-être pas suffisantes à elles seules, elles jouent cependant un rôle bien certain. Et ce qui paraît le démontrer, c'est que dans des cas de surdité hystérique complète j'ai observé la perte de la représentation auditive accom-

pagnant des souvenirs auxquels elle aurait dû être incorporée, et qu'elle reparaisait en même temps que l'acuité auditive. Ceci vient à l'appui de ce que j'ai soutenu, que la représentation se fait au niveau même des centres de perception et non dans le centre d'aperception.

## DISCUSSION.

M. JANET. — A propos de la communication de M. Sollier, je puis rappeler le cas d'une jeune fille que j'ai observée il y a quelque temps. Cette malade ressentit à la mort de sa mère un trouble émotif considérable et eut, peu après, des crises d'hystérie au cours desquelles elle voyait sa mère lui apparaître. Aux crises succédèrent des périodes hallucinatoires au cours desquelles sa mère lui apparaissait pour l'empêcher d'accomplir certains actes ou, d'autres fois, pour lui commander de mourir, d'aller se faire tuer sous une locomotive, etc... Or, lorsque l'hallucination avait disparu, la malade présentait une amnésie absolue de sa mère; rien de ce qui avait trait à cette dernière ne paraissait plus exister dans sa mémoire. En sorte que deux états successifs se succédaient chez cette personne :

1° Etat hallucinatoire avec envahissement de tout le champ mental par l'image de sa mère ;

2° Etat mental ou tout au moins hallucinatoire avec amnésie absolue à l'égard de sa mère. En parlant de sa mère, elle disait alors, par exemple : « On m'a dit que ma mère était brune, que ma mère était petite, avait telle physionomie, etc., c'est possible, mais je ne m'en rappelle pas. » Il restait un souvenir intellectuel, mais pas un souvenir visuel.

Je me suis dès l'abord, et uniquement chez cette malade, occupé de l'amnésie; j'ai cherché à lui faire retrouver le souvenir conscient de sa mère. Or, au fur et à mesure que le souvenir revenait, les hallucinations disparaissaient.

M. BALLET. — Qu'est devenu l'état de la sensibilité de la malade après la guérison ?

M. JANET. — Les troubles de la sensibilité étaient peu accusés; il n'y avait qu'un peu d'analgésie à l'épigastre. D'ailleurs, il n'y avait pas de rétrécissement du

champ visuel et, autre particularité, la malade n'avait aucun souvenir de ses crises.

L'amnésie n'était pas uniquement rétrograde, mais aussi continue, variable, plus ou moins accentuée suivant les émotions. Il existe, dans ces cas, un engourdissement cérébral spécial, se manifestant par un ensemble de phénomènes parmi lesquels cette séparation des phénomènes psychiques.

M. BRIAND rapporte l'histoire d'une malade de son service, laquelle, venant à la salle des morts d'un hôpital pour reconnaître sa mère, décédée la veille; est introduite par mégarde dans la salle d'autopsie où précisément sa mère était étendue, le ventre ouvert. Frappée d'effroi, elle est atteinte d'une crise d'hystérie, la première qu'elle ait jamais eue. Placée peu après à Villejuif, à la suite d'une série de troubles délirants, elle n'avait plus de délire, mais était poursuivie par l'effrayante vision de la table d'hôpital avec sa mère au ventre ouvert.

Lorsque cette hallucination avait cessé, la malade devenait une hystérique ordinaire, mais avait totalement perdu le souvenir de la scène de l'amphithéâtre; cette malheureuse femme a fini par se suicider pour échapper à l'hallucination angoissante.

M. JANET. — Les recherches angoissantes du souvenir sont fréquentes chez les hystériques. Je me rappelle le cas d'une personne à qui l'on avait annoncé d'une façon brutale la mort de son mari, ce qui, d'ailleurs était faux. A la suite de cette émotion violente, elle perdit la représentation mentale de la figure de son mari et fut poursuivie dès lors par l'obsession de chercher cette figure. De temps à autre apparaissait une hallucination de la figure du mari, hallucination dont la malade ne gardait pas le souvenir, retombant presque immédiatement dans la recherche angoissante du souvenir disparu.

M. BALLEZ. — Les hystériques souffrent beaucoup de ce genre d'obsession.

M. JANET. — Leurs efforts pour retrouver le souvenir n'aboutissent qu'à l'hallucination.

**Trois observations de dégénérés migrants,**par M. le D<sup>r</sup> WAHL.

Foville semble être le premier qui se soit servi de l'expression d'aliénés migrants pour désigner les malades qui changent sans cesse de résidence sous l'influence de leur état morbide. Tissié, qui a étudié le même sujet (1887), leur attribue le nom d'aliénés voyageurs; enfin Meige, qui a pu en observer un exemple remarquable, a intitulé son travail : « Le Juif errant à la Salpêtrière. » Nombreux sont les cas de troubles mentaux dans lesquels les malades quittent leur pays et errent plus ou moins à l'aventure jusqu'au jour où ils sont internés dans les asiles, soit à la suite d'une scène de désordre, soit qu'arrêtés pour vagabondage ou grivèlerie, on les reconnaisse aliénés, et, qu'après leur avoir accordé le bénéfice de l'art. 64 du Code pénal, on les remette à l'autorité administrative à fin d'internement. Les faits de cette nature sont d'une fréquence telle qu'on ne les publie guère. Ce qui nous a décidé à faire exception à cette coutume, c'est l'intérêt médico-légal de l'histoire de deux de nos malades et la bizarrerie de l'odyssée de notre troisième sujet.

Avant d'examiner chacun de ces cas en particulier, disons bien haut que nous n'avons nullement l'intention de faire une classe particulière des migrants : ce sont des aliénés comme les autres, présentant des symptômes quelconques, mais qui, sous l'influence d'une cénesthésie spéciale, se livrent aux voyages comme d'autres violent ou tuent : ils peuvent être atteints des affections les plus différentes, ils n'ont de commun qu'un mode de réaction ; notre groupe est donc uniquement médico-légal, il est analogue à celui de la folie suicide auquel Brierre de Boismont a consacré une si remarquable étude.

Les migrants sont un groupe très intéressant de la classe des vagabonds : ce sont ceux dont le vagabondage a une cause pathologique, mais chez lesquels la conscience du moi n'est point obnubilée, ce qui les distingue

des malades atteints d'épilepsie ou d'hystérie procursives et qui sont inconscients et amnésiques : nos migrants peuvent toujours donner une raison de leurs voyages. C'est souvent un mode de réaction à des hallucinations pénibles ; c'est un moyen de fuir ses persécuteurs ; c'est une impulsion consciente ; c'est pour satisfaire un goût maladif pour les voyages. Les observations suivantes montreront bien par des exemples typiques comment se présentent ces malades.

OBS. I. — G... entre à l'asile de Saint-Ylie le 7 avril 1902, par placement volontaire à la demande de sa famille, avec le certificat suivant du D<sup>r</sup> X..., de B... (Côte d'Or) : « G... est « atteint de faiblesse d'esprit depuis sa plus tendre enfance, il « a des idées de vagabondage qui l'ont fait désertier le domicile « paternel depuis plusieurs années pour courir les grands chemins. Je le considère comme absolument irresponsable et la « plupart du temps inoffensif ; mais depuis quelque temps, il « a des emportements et des colères, il fait des menaces contre « les membres de sa famille. J'estime donc qu'il y a lieu de « l'interner. »

G... appartient à une excellente famille de S... Le père, ancien épicier, est aujourd'hui rentier ; il a fait quelques excès de boisson, mais modérés ; la mère est bien portante ; personne dans la famille ne présenterait de troubles nerveux ni mentaux.

G... est un garçon de vingt-deux ans d'une taille exceptionnelle (1<sup>m</sup>87), mais ce n'est point un géant au sens propre du mot : il n'en a eu ni la croissance irrégulière ni les déformations spéciales sur lesquelles mon maître Launois a insisté dernièrement : le périmètre thoracique est faible, la poitrine rentrée ; les omoplates en forme d'ailes (scapula alata). L'œil est bleu, la sclérotique bleutée, les cheveux blonds et fins : pas de barbe, joues creusées et amaigries. Il rappelle en somme, d'une façon complète, le type du candidat à la tuberculose tel que M. Lancereaux l'a décrit d'après la tradition classique remontant à Arétée de Cappadoce. G... a d'ailleurs eu il y a quatre ans une pleurésie qui a guéri sans incident ; mais depuis lors il présente une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution qui, sous l'influence de refroidissements successifs, marche avec une grande rapidité. A son entrée à Saint-Ylie les signes stéthoscopiques restaient cantonnés au sommet gauche ; depuis lors, le larynx et le poumon droit ont été pris.

G... présente de plus d'importants stigmates physiques de dégénérescence : voûte palatine ogivale, asymétrie faciale, macrodontie, caractères féminins du bassin. Il a été élevé aux collèges de B... et de C..., mais il n'y a rien appris ; bien qu'il y

soit resté jusqu'à seize ans, il ne sait pas sa table de multiplication. Il parle cependant avec une certaine facilité d'élocution ; mais ce qu'il dit est empreint d'une naïveté telle qu'elle révèle à l'auditeur le moins exercé sa faiblesse intellectuelle.

Dans sa jeunesse, G... se livrait et se livre encore à l'onychophagie ; dès l'âge de douze ans, il avait contracté l'habitude de la masturbation : bien entendu, nous n'établissons pas à l'exemple de certains auteurs de rapprochement entre ces deux habitudes fâcheuses, nous les constatons et rien de plus. A dix-sept ans, il a eu ses premiers rapports sexuels : il affirme et l'examen physique n'infirme pas ses déclarations qu'il ne s'est jamais livré à la pèderastie : « A Marseille, nous dit-il, un individu m'a fait des propositions malhonnêtes, mais je lui ai donné un coup de tête qui l'a envoyé rouler dans le port. »

La verge est en battant de cloche.

G... ne présente pas de signes d'intoxication alcoolique, bien qu'il s'enivre parfois avec du vin ; il supporte d'ailleurs assez mal la boisson.

A l'âge de seize ans, après quelques escapades dans les environs, G... quitte un beau jour la maison paternelle et, suivant l'expression consacrée, il se met « sur le trimard ». Nous le voyons bientôt après à Paris où il se livre à toutes les professions des gens qui n'en ont pas : chiffonnier, porteur aux halles, etc. ; une fois il a été arrêté, conduit au Dépôt, mais il a été renvoyé sans autre suite. Il a été témoin (?) de plusieurs rixes dans l'une desquelles il a reçu un coup de couteau dans la face postérieure de la cuisse, il a été transporté à l'hôpital Boucicaut où on lui a pratiqué une opération ; « on lui a recousu le nerf », nous dit-il ; on ne l'a pas endormi parce qu'il a refusé, car il supporte très bien la douleur. Puis nous le voyons repris de l'envie de voyager, il erre à travers toute l'Europe occidentale, à Bordeaux, à Pau, à Cette, puis, en Espagne, à Bilbao ; puis il revient en France, chemine à travers la vallée du Rhône, regagne Paris, puis Rouen où il est de nouveau arrêté puis relâché, Boulogne-sur-Mer, passe en Belgique d'où il a été expulsé à trente-trois reprises différentes, en Hollande et même en Allemagne ; il a conservé un excellent souvenir de Berlin, où, dit-il « les maisons sont basses et où les habitants ont l'habitude de pendre des jambons à leurs plafonds, de telle sorte que moi qui suis grand je pouvais facilement m'en emparer ». Un jour qu'il était ivre, il a été arrêté, on l'a expulsé. Rentré en France, il est retourné chez lui en faisant quelques détours. C'est alors que, se sentant malade, il est resté quelque temps chez ses parents qui ensuite nous l'ont confié. Pour vivre pendant ses pérégrinations, il a déchargé des bateaux, il s'est embauché comme marinier, comme porte-faix ; il affirme n'avoir jamais mendié, mais

nous manquons de renseignements sur ce point. Il n'est resté que peu de temps à l'asile car, sa tuberculose évoluant rapidement, ses parents résolurent de le faire soigner dans un hôpital ordinaire.

Nous sommes donc au point de vue mental en présence d'un dégénéré de faible niveau intellectuel, exempt de délire, qui s'est, par amour des voyages et des aventures, livré au vagabondage et au vol, et, malgré l'avis du médecin qui l'a fait placer à l'asile (avis qu'il a donné sans être chargé d'aucune expertise), nous ne saurions admettre l'irresponsabilité absolue de ce jeune homme. Certes G... est d'un faible niveau intellectuel, il n'a pas une idée absolument nette du juste et de l'injuste, de ce qui est licite et de ce qui est défendu; mais cependant la répulsion qu'il a témoignée devant nous pour la pédérastie et la mendicité montre que chez lui persistent certaines notions éthiques et que, par conséquent, il n'est pas totalement irresponsable, mais qu'il est dans les conditions requises pour bénéficier de l'indulgence de la justice. Néanmoins nous croyons que son placement à l'asile à titre volontaire était justifié; car bien qu'il présentât peu de chances de succès, on ne pouvait se refuser à essayer de faire suivre à ce malade un traitement moral approprié.

OBS. II. — F..., quarante-trois ans, célibataire, entre à l'asile le 20 septembre 1901, venant de subir une vingt-quatrième condamnation à la prison de Besançon. Dans le certificat du D<sup>r</sup> Baudin, médecin en chef du quartier d'observation de cette ville, nous relevons ceci : « F... est atteint de délire de « persécution : la bourgeoisie s'acharne après lui, vit sur lui et « de lui, lui suce son sang, etc... Dans toutes les prisons où il a « passé on lui a volé le fruit de son travail, etc... Idées hypochondriaques. — F... déclare qu'il est obligé de vagabonder « et de mendier, ce qu'il fait, en effet, menaçant de coups de « couteau ceux qui lui refusent l'aumône. »

F... est le fils d'un charron, buveur, qui est mort en 1862, alors que notre malade avait trois ans, d'une maladie à la main (phlegmon diffus?) ; il croit que sa mère vit encore, bien que sa sœur lui ait annoncé qu'elle venait de succomber. Un frère et une sœur encore vivants sont bien portants, une autre sœur est morte jeune d'une maladie nerveuse avec tremblement ; il ne connaît pas d'aliénés dans sa famille.



F... a été à l'école régulièrement et possède une instruction primaire assez développée; il a quelque facilité pour le dessin mais on voit qu'il a appris seul à dessiner. Erysipèle à l'âge de treize ans; il travailla régulièrement jusqu'à son service militaire. F... qui est Alsacien s'est engagé à la légion étrangère en 1878 et y est resté dix ans; il a fait des campagnes dans le sud algérien où il a contracté les fièvres paludéennes, puis la campagne de Chine de 1884 où, à Formose, il a eu la dysenterie et un accès pernicieux. Au service, il a pris près de ses camarades des habitudes de pédérastie passive et il a depuis cette époque des hémorroïdes qui résultent peut-être de ses habitudes contre nature, si l'on en croit les satiriques latins. En 1887, il quitte le service et se place garçon de café à Marseille où il reste un an et demi. Il prétend avoir toujours été sobre; en tout cas il ne présente actuellement ni signe ni symptôme d'alcoolisme. F... quitte cette place pour une femme et se replace dans une autre maison.

C'est alors que débutent ses malheurs; avant de les raconter signalons les imperfections physiques de notre malade: la tête est grosse, hors de proportion avec le reste du corps, la voûte palatine ogivale, les dents mauvaises et mal implantées, la face très légèrement asymétrique; il a une anomalie du tourbillon des cheveux qui est double et hors de l'axe sagittal du corps.

Dès 1888, son patron (c'était alors son seul persécuteur) l'électrisait, le « télégraphiait » dans les sourcils; il l'a renvoyé sous prétexte qu'il était ivre, ce qui est faux, et l'empêcha de se replacer; il en est alors réduit à faire des « extra »; il épuise bientôt ses économies et est obligé d'entrer à l'hôpital pour un flux hémorroïdaire assez important qu'on lui a fait avoir. Après être sorti de l'hôpital, il gagne Belfort (1890) où il partage la chambre d'un camarade; puis bientôt ses persécuteurs, qui sont maintenant très nombreux, l'obligent à quitter Belfort; il va de là à la Baraque Noire, où il travaille aux déchets. Là, il se fait une entorse pour laquelle il reste vingt-deux jours à l'hôpital et il a laissé des dettes chez l'aubergiste; un peu plus tard il est terrassier à Montbéliard, puis travaille quelque temps de son métier de chaudronnier en cuivre à Audincourt; mais, comme on continuait à lui télégraphier dans les nerfs, il abandonne sa place, il erre dans le pays et, un jour qu'on l'avait enivré, il a montré sa verge à une femme, en lui faisant des propositions. Traduit pour ce fait en justice, il fut condamné; sa peine fut maintenue par la cour d'appel et il purgea à Montbéliard une peine de trois mois de prison: il protesta pendant sa détention contre ses persécuteurs, mais personne n'y prit garde. En sortant de la prison, il ne peut plus trouver de

travail on l'empêche d'en avoir, on le sodomise; un nommé L... se livre la nuit à des attouchements obscènes; tout en restant invisibles, des voix lui crient « c... », et « péderaste »; il voit toujours une « pi... » derrière lui, « il a la « bourgeoisie dans le c... », un rat lui trotte dans les oreilles. Alors il erre à travers la campagne, mendiant son pain; on doit lui donner l'aumône puisqu'on l'empêche de travailler. Il est arrêté et condamné vingt-trois fois dont dix-sept pour mendicité, la dernière à deux mois de prison par le tribunal de Besançon. Quatre de ces condamnations ont été prononcées par les tribunaux allemands d'Alsace-Lorraine.

Quelques jours après son entrée, F... se plaint qu'un « aveugle se couche la nuit sur ses yeux » et l'empêche de voir clair. Un peu plus tard il s'élance sur un gardien et le frappe parce qu'il vient de s'entendre appeler « enc... ». Depuis lors on fait coucher F... dans une chambre d'isolement. Il se plaint sans cesse et à tout venant des injustices qu'on lui a faites, des souffrances qu'on lui fait endurer : ses co-détenus lui prenaient son travail, l'insultaient; le gardien chef ne lui payait pas assez son travail; depuis qu'il est à l'asile il se plaint de même des infirmiers et des malades... la bourgeoisie l'insulte, le sodomise, l'électrise. De plus il emploie ses loisirs à dessiner d'une façon naïve des obscénités.

Donc, voici un aliéné, essentiellement dangereux à tous les points de vue, qui, de 1888 à 1901, c'est-à-dire pendant treize années, s'est livré à la lubricité, au vagabondage et à la mendicité avec ou sans menaces, qui a été condamné vingt-trois fois et qui ne doit d'avoir été reconnu malade qu'à la suite de l'examen des plaintes qu'il a formulées contre le gardien chef de la prison. Remarquons que quatre de ces condamnations ont été prononcées en Allemagne, ce qui prouve que les tribunaux germaniques sont, aussi bien que les nôtres, susceptibles de se tromper : ce sur quoi d'ailleurs les traités de médecine légale allemands nous ont édifiés depuis longtemps. Remarquons que malgré un casier judiciaire très chargé, il n'a jamais été question de reléguer F... Cet exemple se joint aux cas déjà si nombreux cités par MM. Monod, Pactet et Colin, Vallon, Garnier et par la plupart des experts, d'individus condamnés un grand nombre de fois, qui présentent des signes évidents d'aliénation mentale chronique. Ces erreurs sont surtout fréquentes, comme me l'a si souvent fait remarquer mon

maître M. Vallon, dans la procédure simplifiée des flagrants délits, comme c'est ici le cas.

A un autre point de vue remarquons que, contrairement à ce qui se passe dans le délire chronique (psychose systématisée progressive), où les persécuteurs, d'abord nombreux et inconnus, sont peu à peu remplacés par un persécuteur unique, F... a commencé par n'avoir qu'un seul persécuteur, son patron, et il finit par en avoir une infinité, « la bourgeoisie ». Signalons aussi chez lui l'importance des hallucinations de nature sexuelle.

OBS. III. — M... (Léon), trente-trois ans, forgeron, entre à l'asile le 18 juin 1902 sur la demande de l'autorité militaire. C'est un garçon très robuste, sans stigmates physiques bien nets de dégénérescence; il a eu une existence des plus accidentées; il est accompagné du certificat suivant de M. le médecin principal Jeanmaire.

« Cet homme qui a déserté il y a dix ans et qui, depuis, a parcouru en chemineau toute l'Europe et même une partie de l'Asie, ainsi qu'en font foi différentes pièces dont il est porteur, a été arrêté récemment à Commeny où il a un frère et ramené par la gendarmerie à Belfort.

« Actuellement, il est atteint d'un délire des grandeurs bien caractérisé. Il a, dit-il, fait de grands sacrifices pour racheter la France et s'est ruiné de cette manière, mais il a un plan pour reconstituer sa fortune, il paraît très satisfait de lui-même et avoir une haute opinion de ses mérites. Il dit avoir été professeur de français dans le Caucase et jamais on n'avait, ajoute-t-il, entendu parler si purement cette langue. Toutes les femmes raffolent de lui. »

Ce qu'il nous raconte de ses antécédents héréditaires ne nous apprend rien; son père vit encore et est très âgé; sa mère serait morte d'un mal de pied (?); un frère bien portant.

Quant à lui, il semble n'avoir eu que des facultés intellectuelles assez bornées; il aurait eu, nous dit-il, le 1<sup>er</sup> prix d'écriture et aurait obtenu son certificat d'études; mais lorsque nous l'interrogeons, il nous répond d'une façon telle que nous mettons ses affirmations en doute. Sorti de l'école à treize ans, il a travaillé aux forges de Commeny, puis il s'est dégoûté de ce métier et a préféré celui de bouvier qu'il a également abandonné pour aller travailler de son état de forgeron à Paris où il n'est resté que peu de temps; il est retourné à Commeny et enfin il a été appelé en 1891 à faire son service militaire: c'est alors que commence son histoire pathologique.

M... répond avec une certaine méfiance à nos premières

questions, puis peu à peu il s'anime et devient prolixe lorsqu'il nous décrit ses voyages dont il n'a oublié aucun détail.

Incorporé comme appelé en novembre 1891 au 9<sup>e</sup> bataillon d'artillerie de forteresse, il a à souffrir de la part de ses camarades et de ses chefs : on le regarde de façon singulière, on lui fait des misères de mille manières, on le punit injustement; comme il était paysan, il n'apprenait pas facilement sa théorie, d'où punitions. De plus il entendait des voix qui se moquaient de lui, qui l'appelaient « idiot, imbécile ». C'est pourquoi il résolut de fuir, et le 31 janvier 1892 il quitte la caserne et est porté déserteur six jours après. De Boncourt il gagne la Suisse, Porrentruy, Berne, Lucerne; là il a été arrêté et dirigé sur la France par le soin des autorités suisses, mais il parvient à s'échapper et à gagner Yverdon, Morat, Berne, Bâle; il passe alors en Alsace, séjourne à Mulhouse, Colmar, Strasbourg, Saverne, Metz, Thionville, franchit la frontière luxembourgeoise, se dirige sur Arlon, Bassagne, puis vers la Bavière à March, la Belgique où il visite Namur et Charleroi; il revient vers le Luxembourg et l'Alsace, passe en Allemagne, travaille quelque temps à Kehl, puis, toujours poursuivi par ses hallucinations, il va à Mannheim, Darmstadt, Frankfort-sur-Mein, puis Hanau, Fulda, Cassel, Erfurth, Weimar, Leipzig, Berlin, Hambourg, Dusseldorf, Cologne, Aix-la-Chapelle; puis, de là il s'enfonce de nouveau dans l'intérieur de l'Allemagne, va jusqu'à Oldenbourg, puis retourne en Hollande dont il visite toutes les villes principales, traverse ensuite tout le nord de l'Allemagne, gagne Copenhague, puis la Suède, la Norvège, la Russie où il travaille à Pétersbourg, Moscou, Karkoff, Odessa, et nous le retrouvons à Constantinople. Puis il franchit les Dardanelles, gagne Smyrne, revient au Pirée; puis, ayant été pris comme chauffeur sur un bateau, il va à Alexandrie d'Egypte et au Caire; il gagne ensuite par voie de terre les bords du canal de Suez, Port-Saïd, passe en Asie, visite Jaffa, Jérusalem, Bethléem où on lui délivre un certificat de pèlerinage au Saint-Sépulcre. Il suit le Jourdain, gagne la mer Morte, se rapproche de la côte depuis les Echelles du Levant jusqu'à Tripoli, dans les îles à Rhodes, à Mytilène, revient à Constantinople, Odessa, Sébastopol; puis nous le voyons dans l'Asie russe, à Tiflis, à Bakou; il revient en Europe à Taganrok, Ekaterinoslaw, Kiev, à Varsovie; puis il traverse à nouveau la Russie, passe à Astrakan, Nijni-Novgorod, Galatz; le voici sur les bords du Danube à Bucharest, à Iassi, enfin à Vienne où on le soigne à l'hôpital général pour une maladie de foie (infection palustre?). Il retourne du côté de Varna, de Budapesth, puis revient à Presbourg, à Vienne, retourne en Russie à Pultawa, puis traverse toute l'Asie, passe à Irkhoutsk, Baïkal, puis à Port-

Arthur d'où il passe au Japon, visite Nagasaki, puis en Chine où il séjourne à Hong-Kong, à Fou Tchéou; de là il va à Manille, Calcutta, Singapoor, Aden, Suez, Zante, Raguse, Trieste, Leybach, Gratz, Vienne, Litz, Inspruck, Zurich, Bâle. Enfin il rentre en France et va directement à Commen-try se constituer prisonnier.

La bizarrerie de cet itinéraire est expliquée par les nécessités de l'existence journalière, car dans la mesure du possible M... n'a jamais cessé de travailler, soit de son métier, soit de celui de chauffeur; mais sous l'influence de ses hallucinations qui le menaçaient de mort et de toutes sortes de calamités, il quittait ses occupations et fuyait de nouveau devant ses persécuteurs. Je ne reviens pas sur les idées de grandeur signalées par le D<sup>r</sup> Jeanmaire.

M..., dans ses voyages, a souffert de paludisme et de misère. Le foie chez lui est gros ainsi que la rate, la conjonctive subictérique, les bruits du cœur sourds et lointains. Pouls lent et dépressible. Poumon normal.

Le 5 décembre, après avoir été réformé, M... a été transféré à l'asile de Moulins où son attitude a paru singulière; il s'est montré agressif et sournois vis-à-vis des médecins (qu'il considère tous comme étant au nombre de ses persécuteurs), pendant qu'il était enjoué et communicatif avec les infirmiers et les malades.

Etant donnée cette attitude, on était en droit de songer à une simulation possible; mais l'autorité militaire nous avait remis et nous avons transmis à Moulins des documents authentiques permettant de reconstituer les différentes étapes de M.. Partout où il passait, cet homme se mettait en règle avec la loi et les certificats que ses patrons lui délivraient lorsqu'il les quittait étaient présentés à la signature des consuls de France. De plus M... avait une attitude correcte et rien n'a jamais permis à ses camarades, à ses patrons, aux personnes qui le fréquentaient et même aux médecins qui l'ont soigné à Vienne et ailleurs, de soupçonner que cet homme un peu taciturne était un aliéné à délire très actif, tourmenté sans cesse par des hallucinations pénibles.

Ce n'est que lorsqu'on l'interroge avec persistance qu'il se décide à parler de ses persécuteurs, des tortures que le médecin de Vienne lui a infligées, des maux qu'il a soufferts, des sacrifices qu'il a faits pour assurer le bonheur de la France et du travail à tout le monde, pour supprimer la misère, et pour satisfaire à toutes les exigences des femmes qui se jettent à son cou.

Nous résumerons ainsi l'observation précédente :

Dégénérescence mentale avec idées assez bien systématisées

de persécution, illusions et hallucinations de l'ouïe, interprétations délirantes, mélange d'idées de grandeur et de satisfaction. Etat saburral des voies digestives. Accidents de paludisme chronique.

Les particularités les plus intéressantes de cette observation sont la longueur et la bizarrerie de l'itinéraire suivi, la durée du voyage, la régularité apparente de la vie du malade, l'absence de signes et de réactions extérieurs, enfin le fait que le malade pour échapper à ses ennemis n'a rien trouvé de mieux que de se livrer à la gendarmerie après avoir fui pendant dix ans. Que fût-il arrivé si ce malheureux avait commis en route des vols ou d'autres délits et qu'au lieu d'avoir des papiers en règle, il eût négligé volontairement ou non ces formalités? Il eût été certainement condamné, soit qu'on n'eût pas songé à faire examiner son état mental, soit que l'expert ait conclu à une simulation, diagnostic qui eût été très possible dans ces conditions.

#### DISCUSSION.

M. BALLET. — La question est très intéressante. Le type le plus vulgaire du migrateur, c'est le vagabond, le chemineau. Puis nous trouvons les migrateurs persécutés, les migrateurs déments, les migrateurs épileptiques et hystériques, au cours de somnambulisme épileptique et hystérique. Enfin les migrateurs par accès. Ces derniers, parfaitement calmes et normaux en temps ordinaire, sont pris tout-à-coup du besoin impulsif de partir; ils partent, volant aussi de l'argent quelquefois et vont errer des jours, des semaines, quelquefois des mois entiers.

J'ai été récemment chargé d'examiner au point de vue médico-légal un petit malade de seize à dix-sept ans qui représente un véritable schéma de cet état mental; il a été arrêté à Coulomniens, au cours d'une fugue.

C'est véritablement un enfant charmant, très correct dans sa conduite ordinaire, et qui vous raconte son histoire le plus gentiment du monde, si bien que je fus dès l'abord surpris de trouver dans le dossier, une lettre

du père demandant à ne plus entendre parler de son fils. Mon étonnement diminua quand j'appris que, dans une de ses fugues, il était parti avec 768 francs dérobés à son patron.

Lorsqu'on interroge l'enfant sur ce vol, il ne cherche nullement à l'atténuer : « C'est vrai, dit-il, j'ai emporté cet argent, mais vingt fois j'ai eu en poche des sommes aussi importantes, en allant faire des paiements pour mon patron, et cependant je n'ai pas volé. Malheureusement, cette fois-ci, il s'est trouvé que j'avais de l'argent au moment où ma crise m'a pris, et je suis parti avec. »

Comme il avait de l'argent, il est allé jusqu'à Alger dont il n'a d'ailleurs gardé aucun souvenir ; il n'était pas plutôt arrivé qu'il désirait déjà en partir. Et c'est bien là une caractéristique de ces migrants : voyager pour voyager, sans rien regarder.

Une autre caractéristique de ces malades est de marcher le plus souvent sans manger ou en mangeant fort peu ; quand on fait la somme des substances alimentaires qu'ils ont ingérées, on se demande avec stupéfaction comment, avec cette quantité infime, ils ont pu voyager.

Dans les cas que j'ai vus, les malades n'ont même pas pu maigrir, étant déjà très maigres. Un migrant que j'ai observé, extrêmement maigre, avait en surplus des hémoptisies dès qu'il marchait longtemps, ce qui ne l'empêchait pas d'aller, presque sans manger, de Bruxelles à Vienne et de Vienne à Moscou ; il y a là un intéressant problème de physiologie de la nutrition.

M. BRIAND. — On pourrait ajouter que les migrants ne dorment guère plus qu'ils ne mangent.

Il existe encore une autre catégorie de migrants, ce sont ceux qui, avec ce besoin perpétuel de mouvement, arrivent à concilier les nécessités de la vie journalière : j'en ai connu un qui travaillait toute la semaine, poursuivi par une idée de voyage, puis partait le samedi soir et marchait droit devant lui jusqu'au dimanche à midi ; alors, il rebroussait chemin et cela quelque temps qu'il fit, sans dormir ni presque manger. J'ai connu aussi un employé qui, chaque samedi soir, partait pour Brest où il restait à peine deux ou trois heures et re-

prenait le train pour rentrer à Paris le lundi matin, n'ayant pas dormi, ayant à peine mangé.

Le fils de cet employé présentait les mêmes besoins de voyage, mais lui voyageait à pied.

M. THIVET. — Aux différents types cliniques déjà signalés, on peut joindre les malades atteints de folie circulaire et qui, au moment des accès, se présentent précisément sous la forme de migrants.

M. BALLET. — C'est parfaitement exact ; je pourrais citer divers exemples à l'appui ; je me rappelle notamment un brave homme, un peu original, dont je n'ai fait le diagnostic de folie circulaire que rétrospectivement, car j'étais jeune quand je l'ai connu, et qui, d'ordinaire plutôt casanier, se mettait à voyager à l'aventure au cours de chaque période d'excitation.

### Un cas de paralysie générale sénile. Examen micrographique du système nerveux,

par MM. les D<sup>rs</sup> G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND.

La paralysie générale se rencontre surtout chez l'adulte ; il suffit qu'un malade, présentant les principaux symptômes de cette maladie, soit âgé de cinquante ans ou plus pour que le diagnostic soit écarté ou considéré comme douteux. Cependant la paralysie générale peut apparaître chez le vieillard, de même qu'on peut la rencontrer chez l'adolescent. Sur 300 malades observés par Marcé (1), 3 étaient âgés de soixante et un à soixante-cinq ans, 4 de soixante-six à soixante-dix ans. Il faut reconnaître que ces cas sont extrêmement rares ; de plus, si on pense aux affections cérébrales qui peuvent simuler le syndrome paralytique, on peut croire à une erreur de diagnostic. L'observation suivante, complétée par l'examen micrographique du système nerveux, ne laisse aucun doute sur le diagnostic.

OBSERVATION. — D..., commissionnaire, âgé de soixante-cinq ans, entre à l'asile de Blois le 10 février 1903.

---

(1) Cité par Christian et Ritti. *Dict. encyc. des sc. méd.* Art. « Paralysie générale ». T. XXI, p. 13.



*Antécédents héréditaires.* — Père et mère morts à un âge avancé; les parents du malade et le malade lui-même ne peuvent préciser la cause de leur mort. Une tante paternelle se serait suicidée.

*Antécédents personnels.* — D... n'a jamais eu de maladie grave. Intelligent, il apprit facilement à lire et à écrire. Marié à vingt-huit ans, il devint veuf de bonne heure; il se remaria quelques années plus tard; il n'eut pas d'enfant. Toujours laborieux et sobre, il ne fit d'excès d'aucune sorte. D'après lui, il ne serait pas syphilitique; ses jambes portent cependant des cicatrices spécifiques.

Depuis plusieurs années, D... se plaint de céphalée persistante et de vertiges. Depuis longtemps, il est incapable de travailler. Trois mois avant son entrée à l'asile, il eut un ictus; il est tombé sans connaissance et n'a pu se rappeler ce qui s'était passé pendant l'accès. Dès ce moment, son entourage s'est aperçu qu'il parlait avec difficulté.

Depuis deux mois, la mémoire de D... s'est affaiblie au point qu'il est incapable de se conduire seul; il se trompe sur les jours de marché, affirme que le jeudi est un dimanche, etc.; son caractère s'est modifié; de doux, D... est devenu violent; de propre, il est devenu négligé. Il mange gloutonnement et souille ses vêtements. Son sommeil est troublé par des cauchemars. Depuis quelques jours il commet des actes dangereux; il lui est arrivé de se promener dans une remise pleine de paille, tenant une chandelle à la main. Une fugue qu'il fit pendant une nuit détermina son internement. Il quitta brusquement son domicile, s'empara de la voiture d'un de ses voisins et partit à plusieurs kilomètres. On le trouva le matin, grattant la terre avec ses mains et ses pieds. Interrogé sur ce qu'il faisait, il répondit qu'il travaillait.

A son entrée à l'asile, D... est agité; il ne veut pas rester alité. Ses membres portent des contusions récentes et des cicatrices multiples, pigmentées, arrondies régulièrement, d'origine syphilitique. L'embonpoint est normal. Le ventre est volumineux; la vessie est distendue par de l'urine.

Le facies est hébété. Pas d'asymétrie faciale; les dents sont cassées.

Les extrémités des membres supérieurs sont violacées. Rétraction de l'aponévrose palmaire à la main droite. Phlyctènes et ulcérations à l'extrémité des doigts.

Edème des membres inférieurs, surtout du membre inférieur gauche. Callosités au niveau de la tête du premier métatarsien.

A l'auscultation, on constate des râles de bronchite à la base des deux poumons. Le cœur est hypertrophié; le choc cardiaque se fait à 4 centimètres au-dessous du mamelon. Pas

de souffle. Le poulx est fort et bondissant, 96 pulsations à la minute.

La langue est sèche et brunâtre.

Rétention d'urine; le malade est sondé plusieurs fois par jour. Les urines sont albumineuses (2 grammes par litre).

La sensibilité au tact est conservée; la sensibilité à la douleur est obtuse par tout le corps.

Inégalité pupillaire au profit de la pupille gauche. Les réflexes lumineux directs et croisés sont paresseux, surtout à gauche.

L'acuité auditive est diminuée des deux côtés. Les sensibilités olfactive et gustative paraissent conservées.

La raideur musculaire est généralisée; la force musculaire est diminuée. Tremblement généralisé, à grosses oscillations, surtout apparent aux extrémités des membres supérieurs, et à la face. Les réflexes patellaires et les réflexes des poignets sont très exagérés des deux côtés. Le réflexe de Babinski existe également aux deux membres inférieurs. Légère trépidation épileptoïde des deux pieds. Pendant la marche, qui est incertaine, le malade a une attitude soudée. Le sens de position des membres est conservé.

La parole articulée est tremblée; certains mots sont incompréhensibles; certaines syllabes sont redoublées.

L'écriture est tremblée, illisible parfois.

Pendant la lecture à haute voix, on relève les mêmes troubles que ceux de la parole articulée; les mots sont souvent déformés.

D... présente un affaiblissement intellectuel prononcé; il ne sait pas en quelle année nous sommes, ne peut dire le quantième ou le mois. Il ne sait où il est et ne demande pas à quitter l'asile. Pas d'idées de grandeur, de persécution. Idées de satisfaction; il ne se trouve pas malade et accuse un certain bien-être. L'affectivité est diminuée; D... ne demande pas à voir les siens.

L'état général de D... s'aggrave les jours suivants.

L'œdème des membres inférieurs augmente et des phlyctènes pleines de pus apparaissent sur les jambes. La langue est rôtie; la température s'élève à 39°6; les urines contiennent de l'albumine en plus grande quantité (3 grammes par litre) et le malade meurt le 24 février 1903.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

*Examen macroscopique. Système nerveux.* — Rien de particulier à l'ouverture du rachis.

A l'ouverture du crâne, on constate de nombreuses adhérences entre la dure-mère et la calotte crânienne. L'encéphale est beaucoup plus petit que la cavité crânienne. A l'excision de

la dure-mère, il s'échappe beaucoup de liquide céphalo-rachidien.

Le cerveau est congestionné. Les méninges présentent des taches opalines; la pie-mère adhère à la substance corticale; les adhérences sont nombreuses et diffuses. Sur les coupes de Pitres, on remarque la couleur hortensia de la substance corticale, une ampliation considérable des ventricules latéraux. Pas de lésions localisées. Granulations épendymaires sur les parois des ventricules latéraux et du quatrième ventricule. Pas d'athérome des artères de la base. Le cerveau droit pèse 515 grammes; le cerveau gauche, 510 grammes; le cervelet et le bulbe, 185 grammes.

*Cœur.* — Le cœur pèse 430 grammes. Les valvules paraissent saines. Plaques athéromateuses au niveau de l'aorte ascendante.

*Reins.* — Les reins se décortiquent difficilement, sont sclérosés; la substance corticale est atrophiée. Le rein gauche pèse 160 grammes; le droit, 145 grammes.

*Foie.* — Le foie a l'aspect du foie muscade; il se décortique facilement.

*Poumons.* — Adhérences sèches aux sommets. Bronchite.

*Examen micrographique. Système nerveux. Cerveau.* — Les parties examinées sont la région motrice droite, la région motrice gauche, la partie moyenne de la première frontale gauche. Nous avons employé les méthodes de coloration au picro-carmin et à l'hématoxyline de Delafield, les méthodes de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, la méthode de Van Gieson.

La pie-mère est très épaissie et contient de nombreuses cellules embryonnaires. Les vaisseaux des méninges sont dilatés et gorgés de sang.

Le cortex présente les lésions habituelles de la paralysie générale: atrophie et pigmentation cellulaire; diminution de nombre des cellules pyramidales; diapédèse active autour des vaisseaux; prolifération névroglie accrus surtout au niveau de la couche moléculaire; démyélinisation des couches superficielles du cortex; disparition totale par places des fibres tangentielles; corps hyaloïdes nombreux.

La moelle, au niveau de la région lombaire, présente une légère sclérose combinée; les cellules des cornes antérieures sont pigmentées, présentent peu de prolongements. La névroglie est hyperplasiée surtout au niveau des cordons latéraux et postérieurs. Le canal central est oblitéré par les cellules épithéliales proliférées, dont quelques-unes ont pris la forme de cellules névroglieques. La pie-mère est épaissie et contient de nombreuses cellules rondes fortement colorées.

Le cervelet ne présente pas de lésions appréciables.

*Foie.* — Le foie est congestionné. Les régions péri-sus-hépatiques sont presque exclusivement atteintes par la congestion. A ce niveau, les cellules hépatiques présentent de nombreuses granulations pigmentaires.

*Reins.* — Sclérose accentuée de la partie supérieure de la couche médullaire. Par places, on remarque dans l'écorce quelques placards de nécrose épithéliale et des petits kystes.

La paralysie générale sénile, par l'époque seule de son apparition, constitue une forme atypique ; dans notre observation, l'évolution de la maladie ne diffère en rien de celle de la paralysie générale de l'adulte. Le diagnostic peut être cependant difficile ; la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux et des cellules du cortex, les foyers multiples de ramollissement cérébral sont fréquents chez les vieillards et peuvent, comme l'a montré M. Klippel (1), donner naissance au syndrome paralytique. Le diagnostic dans notre cas était d'autant plus difficile que notre sujet présentait des signes évidents d'artério-sclérose. L'examen macroscopique et microscopique du système nerveux a dissipé complètement nos doutes en nous montrant dans le cerveau les lésions inflammatoires de la paralysie générale classique. Un autre intérêt ressort de notre observation : notre malade, quoique artério-scléreux, ne présentait aucune lésion athéromateuse des artères de l'encéphale ; cette particularité peut augmenter en pareil cas la difficulté du diagnostic.

### Un cas de paralysie générale sénile associée à l'athéromasie cérébrale,

par M. L. MARCHAND.

Le cas suivant, comme celui que nous venons de rapporter avec M. Doutrebente, ne diffère en rien dans son évolution de la paralysie générale ordinaire. Seul l'âge avancé de la malade en fait une forme atypique.

---

(1) Klippel. La pseudo-paralysie générale arthritique. *Rev. de psych.*, 1899, p. 357.

OBSERVATION. — La malade L..., ancienne domestique, âgée de soixante ans, entre à l'asile de Bailleul le 5 octobre 1899.

*Antécédents héréditaires.* — La malade très affaiblie au point de vue intellectuel ne peut donner de renseignements sur sa famille, elle affirme cependant qu'aucun de ses parents n'a été aliéné.

*Antécédents personnels.* — L.... n'a jamais eu de maladie grave; elle ne s'est pas mariée, mais a un fils naturel âgé actuellement de trente-cinq ans; elle nie avoir eu la syphilis, quoiqu'elle présente à la jambe gauche des cicatrices spécifiques. D'après son dire, elle n'a jamais fait d'excès alcooliques. La malade n'est plus réglée. Depuis plusieurs années, elle a présenté de l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. Il y a quelques mois, elle a eu une attaque d'apoplexie dont elle se remet facilement. Elle présenta dans la suite des idées ambitieuses et commit des actes démentiels; elle faisait souvent du feu au milieu de son appartement et arrosait le bois avec du pétrole; elle sortait de chez elle à demi-vêtue.

A son entrée à l'asile, on constate chez la malade un affaiblissement général des facultés intellectuelles; les propos sont incohérents. La parole est lente, embarrassée; on observe un tremblement fibrillaire des muscles de la face et de la langue. Les pupilles sont inégales. L'âge avancé de la malade rend incéris le diagnostic de paralysie générale qui se confirme cependant dans la suite.

Le 20 novembre 1900, la malade a une attaque épileptiforme. Quelques jours après, on constate les symptômes suivants: la marche est pénible, la jambe gauche traîne légèrement; les membres inférieurs sont sans force et la malade reste assise la plus grande partie de la journée. La parole est très embarrassée; la malade répète toujours les mêmes phrases. Le tremblement des extrémités des membres supérieurs s'est accentué. La pupille droite est plus grande que la gauche. La vue est diminuée au point que la malade ne peut plus lire ni écrire, elle ne reconnaît plus les couleurs. L'affaiblissement intellectuel est profond, la mémoire est très affaiblie surtout pour les faits récents. Elle reste indifférente à ce qui se passe autour d'elle; elle a quelques idées confuses de persécution.

Au mois de janvier 1901, la malade a trois attaques épileptiformes dans la même semaine, et reste ensuite plusieurs mois sans en avoir.

Nous examinons la malade au mois de février 1902. Pas de signes physiques apparents de dégénérescence. Rien de particulier sur le thorax et les membres supérieurs; au membre

inférieur gauche, on relève un certain nombre de cicatrices, traces d'anciennes syphilides ; elles sont déprimées, leurs bords sont taillés « à l'emporte-pièce » et entourés d'une zone pigmentée. La malade dit qu'elle eut des plaies à ce niveau, mais son affaiblissement psychique ne lui permet pas de préciser davantage. Pas d'amaigrissement notable.

Rien à signaler du côté des appareils circulatoire, respiratoire et digestif. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Les sensations tactiles et thermiques sont conservées par tout le corps. La sensibilité à la douleur est très obtuse ; L... retire son bras quand on la pique et rit. Les sensations olfactives et gustatives sont très émoussées. L'acuité visuelle est très diminuée ; la malade présente de l'achromatopsie, toutes les couleurs lui paraissent grises. Nous n'avons pu mesurer les champs visuels, L... comprenait mal nos questions. L'acuité auditive est diminuée du côté gauche ; le sens de position paraît conservé.

L'équilibre est très difficile ; la malade est prise de vertige dans la station debout. Dans la station assise, elle se penche toujours du côté droit et reprend cette position dès qu'on l'a placée verticalement. La marche est difficile ; L... titube et marche les jambes écartées ; elle traîne la jambe gauche. Pas de paralysie des membres supérieurs ; la force musculaire de la main gauche est beaucoup plus faible que celle de la main droite.

Les extrémités des membres supérieurs sont atteintes de tremblement à larges oscillations ; les muscles des lèvres, de la langue tremblent également.

Les réflexes tendineux sont exagérés.

L'audition verbale est normale. L... est incapable d'écrire ou de lire. La parole articulée est lente et nasonnée ; il est parfois impossible de comprendre la malade.

L... n'a aucune conscience de son état. La mémoire et le jugement sont très touchés. La malade ne peut dire ni la date, ni le jour, ni le mois actuels ; elle ignore depuis combien de temps elle est internée. Elle est incapable de faire un calcul très simple. L'émotivité est très diminuée ; la lecture d'une lettre de son fils la laisse indifférente. L... a des idées de grandeur ; elle dit avoir de belles robes, de beaux meubles, elle se croit très riche. Enfin, elle ignore où elle est, avec quelle sorte de malades elle se trouve. Pas d'hallucinations. L... déchire ses vêtements, ramasse des ordures ; elle est gâteuse.

La maladie suit un cours progressif et L... meurt le 29 novembre 1902 ; elle est âgée de soixante-trois ans.

L'autopsie est faite vingt-six heures après la mort. A l'ouverture du crâne, rien de particulier. La dure-mère est très

congestionnée et paraît fortement tendue. Après sa section, il s'écoule une grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

Le cerveau est congestionné et les méninges présentent de nombreuses taches opalines. Les artères sont athéromateuses; les sylviennes surtout présentent de nombreuses plaques calcaires.

Les méninges sont adhérentes au cortex; sur les coupes de Pitres, on n'observe pas de lésions localisées; teinte hortensia de la substance grise. Le cerveau droit pèse 460 grammes, le gauche 470 grammes.

Le cervelet et le bulbe pèsent 170 grammes. Sur le plancher du quatrième ventricule existent des granulations épendymaires. Au niveau du pédoncule cérébelleux supérieur gauche, on trouve un foyer de ramollissement de la grosseur d'une noisette.

*Examen microscopique.* — Les régions du cortex cérébral examinées sont la pariétale ascendante gauche et la frontale ascendante droite à leur partie moyenne, le pied de la troisième frontale gauche. Les méthodes de coloration que nous avons employées sont celles au picro-carmin, à l'hématoxyline de Delafield, les méthodes de Van Gieson, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, de Nissl.

Les méninges sont le siège d'une infiltration de cellules embryonnaires, surtout au fond des sillons. Les vaisseaux ont leurs parois épaisses et irrégulières.

Les cellules pyramidales paraissent diminuées de nombre; un grand nombre sont atrophiées et pigmentées. Les espaces péricellulaires sont distendus et contiennent des éléments fortement colorés qui sont, les uns des noyaux névrogliques, les autres des lymphocytes.

La névroglie est en voie de prolifération active au niveau de la couche moléculaire; les cellules-araignées y sont plus nombreuses que normalement; les fibrilles sont épaisses.

Les fibres à myéline sont en voie de disparition au niveau de la couche tangentielle; la strie de Baillarger est peu apparente.

Les vaisseaux sont entourés d'un manchon de cellules rondes prenant fortement les colorants électifs. Les parois vasculaires présentent par places de la dégénérescence hyaloïde.

D'après les auteurs qui ont observé la paralysie générale chez les vieillards, la maladie au point de vue clinique se rapprocherait de la démence sénile. M. Cul-lerre (1), à propos de la paralysie générale associée à l'athéromasie cérébrale, dit qu'« elle se développe en

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1882.

général à un âge avancé et suit une marche plus ou moins lente...; les symptômes psychiques et somatiques tiennent à la fois de la démence sénile et de la paralysie générale ». C'est aussi l'opinion émise récemment par Alzheimer (1). L'observation que nous venons d'exposer à la Société diffère de celles de ces auteurs en ce que l'évolution et les symptômes de la maladie ont été classiques.

Comme étiologie, nous relevons la syphilis dans les antécédents de notre sujet. L'apparition tardive de la maladie peut s'accorder avec l'opinion qui admet que la paralysie générale survient surtout de quinze à vingt ans après le début de l'infection syphilitique. Généralement, la syphilis est contractée dans les quelques années qui suivent la puberté, et c'est pourquoi la paralysie générale serait surtout fréquente de trente-cinq à cinquante ans. Mais personne ne doute que la syphilis peut s'attraper à tout âge; il est simplement reconnu que l'accident initial se rencontre d'autant moins fréquemment qu'on le recherche chez les personnes ayant dépassé l'âge adulte; c'est peut-être là la raison qui explique pourquoi la paralysie générale sénile est si rare.

M. LE PRÉSIDENT, estimant que la discussion des communications de MM. Doutrebente et Marchand ne peut être utilement faite en fin de séance, propose de la renvoyer à la prochaine séance. (Adopté.)

La séance est levée à 6 h. 1/2.

BLIN et DUPAIN.

## SÉANCE DU 27 JUILLET 1903

Présidence de M. GILBERT BALLET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Dheur, Lapointe, Philippe et Piéron, membres correspondants, assistent à la séance.

---

(1) Alzheimer. Les formes atypiques de la paralysie générale. *Congrès des méd. alién. allem. du Sud-Ouest*, Karlsruhe, nov. 1901.



*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Wahl s'excusant de ne pouvoir faire lui-même la communication qu'il avait annoncée ;

2° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique donnant le programme du Congrès des Sociétés savantes qui s'ouvrira à la Sorbonne le mardi 5 avril 1904 ;

3° Une lettre d'invitation au premier Congrès national contre l'alcoolisme, qui se tiendra à Paris, du 26 au 29 octobre 1903 ;

La correspondance imprimée comprend :

1° *Un cas de sclérose symétrique des lobes occipitaux*, par M. Marchand.

2° *L'assistance des aliénés criminels au point de vue législatif*, par M. Julio de Mattos ;

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de juillet.

*Rapports de candidature.*

M. TOULOUSE, au nom d'une commission composée de MM. Klippel, Pactet et Toulouse, rapporteur, fait un rapport verbal sur la candidature de M. le Dr Vurpas, interne des asiles de la Seine, au titre de membre correspondant. Le rapporteur analyse les principaux travaux du candidat et en fait connaître l'esprit ; il conclut en demandant à ses collègues de vouloir bien accorder à M. Vurpas le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

Conformément à ces conclusions, M. Vurpas est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. R. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Antheaume, Christian et René Semelaigne, d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le professeur Del Greco. A la séance du 26 janvier dernier, j'ai eu l'honneur de vous présenter un rapport sur divers travaux du distingué médecin de Salerne. Je serai donc bref aujourd'hui, par crainte de me répéter ; et ne pouvant vous donner une

analyse, même succincte, des nombreuses brochures qu'il a publiées, je me bornerai à remarquer qu'il s'agit d'études de psychiatrie, de psychopathologie criminelle et de psychologie. L'auteur a pour but, non seulement d'interpréter les phénomènes psychopathologiques et ceux de psychologie normale, mais encore de faire servir les connaissances psychopathologiques à l'analyse de l'individualité humaine.

Je suis heureux de vous prier, au nom de votre Commission, de bien vouloir accorder à M. le professeur Del Greco le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Del Greco est, à l'unanimité des membres présents, élu membre associé étranger.

### Observation de paralysie générale sénile,

par les D<sup>rs</sup> TOULOUSE et L. MARCHAND.

La paralysie générale des âges extrêmes de la vie n'est pas encore bien connue, ni surtout acceptée de tous; mais si la paralysie générale juvénile a été assez bien étudiée dans ces derniers temps, on ne saurait en dire autant de la paralysie générale sénile qui n'a pour ainsi dire pas encore d'histoire dans la littérature médicale. C'est pour cela qu'il nous a paru intéressant de rapporter un cas de paralysie générale certaine, survenue sur un vieillard de soixante-douze ans, dont la maladie a été nettement confirmée par l'examen nécropsique.

La malade R..., fruitière, entre à l'asile de Villejuif le 30 septembre 1897; elle est âgée de soixante-douze ans.

*Antécédents héréditaires.* — Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus. Durant son internement, la malade n'a jamais été visitée.

*Antécédents personnels.* — R... n'a jamais eu de maladies graves. Mariée, elle est devenue veuve de bonne heure et n'a jamais eu d'enfants. Pas de syphilis connue. Depuis plusieurs années, elle a fait des excès de boissons; elle buvait surtout du vin. Son internement a été déterminée par ses excentricités et

surtout par son agitation nocturne. Le certificat d'admission à la Préfecture de police est ainsi conçu : « Alcoolisme chronique, accès aigu ; divagations. Hallucinations. Agitation nocturne ; turbulence, loquacité continuelle ; voit des voleurs, menace de mettre le feu dans son logement. »

A son entrée à l'asile, la malade est déprimée ; l'affaiblissement intellectuel est accentué, et la malade est considérée comme atteinte de démence sénile.

R... ne présente aucun trouble du côté des systèmes circulatoire, respiratoire et digestif ; les artères radiales sont dures. Pas de cicatrices sur le corps.

Le 2 décembre 1897, R... a un accès convulsif présentant les caractères des accès épileptiques : perte brusque de connaissance, chute, mouvements convulsifs, morsure de la langue, émission d'urine, amnésie consécutive. Ces accès surviennent ensuite tous les mois environ ; quelquefois ils ont lieu en séries.

Le 29 mars 1898, R... a un violent accès épileptiforme ; le 30 mars au matin, on constate chez elle de l'aphasie motrice et sensorielle, de l'agraphie. La malade ne peut lire ni l'imprimé, ni le manuscrit ; elle ne peut lire son nom. Elle ne peut l'écrire soit spontanément, soit sous copie. R... présente également de la surdité verbale : elle ne peut donner sur une invitation orale un objet placé à côté d'elle. Elle est très excitée et répète toujours les mêmes parties de phrases et cherche en vain à exprimer sa pensée.

Les réflexes patellaires sont exagérés des deux côtés ; pas de paralysie. Tremblement fin des doigts ; tremblement des muscles de la face quand la malade parle.

Les pupilles sont inégales ; la droite est plus grande que la gauche.

La parole est tremblée ; les quelques lettres que la malade peut écrire sont également tremblées.

Arythmie cardiaque.

La malade gâte.

Les jours suivants, les troubles aphasiques diminuent d'intensité. La malade parle volontiers, mais la plupart des mots sont mal prononcés ; elle peut écrire son nom ; elle lit difficilement son nom. La surdité verbale persiste. R... ne comprend pas ce qu'on lui dit sans gestes.

Au début du mois de mai, les troubles aphasiques se modifient. La surdité verbale est disparue et la malade comprend ce qu'on lui dit ; elle peut lire le journal et comprend ce qu'elle lit. Elle répète difficilement les phrases prononcées devant elle ; la parole spontanée est encore très troublée, l'écriture spontanée et sous dictée est altérée.

Le 18 juin 1898, R... a quatre accès convulsifs ; les troubles

aphasiques moteurs et sensoriels s'accroissent de nouveau. Dès ce moment, on remarque que la parole est non seulement tremblée mais traînante; ce nouveau trouble est très manifeste.

Pendant les mois suivants, les symptômes aphasiques restent stationnaires.

Le 27 novembre 1898, on remarque que la bouche de la malade est déviée à gauche et que le bras droit est contracturé. Le lendemain, ces troubles ont disparu.

Au mois de janvier 1899, les troubles du langage sont les suivants. L'écriture sous dictée est impossible, la malade peut recopier son nom; elle épèle et lit son nom difficilement; elle lit l'imprimé.

L'audition et la vision verbale sont conservées; seules l'écriture et la parole spontanée sont altérées.

Après chaque accès épileptiforme, les troubles s'accroissent davantage.

De cette époque, la malade maigrit beaucoup, elle a des périodes de grande agitation pendant lesquelles elle refuse la nourriture.

Le 27 octobre 1898, elle a quatre accès épileptiformes après lesquels elle tombe dans le coma; les membres sont animés de secousses convulsives. La malade meurt le lendemain; son poids est alors de 41 kilos pour une taille de 1<sup>m</sup>49.

*Autopsie.* — Elle est faite vingt-sept heures après la mort.

Rien de spécial à la surface du corps.

Les poumons sont emphysémateux, le droit pèse 530 grammes, le gauche 450 grammes.

Le foie est très congestionné, de consistance normale; il se décortique facilement; son poids est de 1.400 grammes.

Le cœur est hypertrophié; les parois du ventricule gauche atteignent une épaisseur de 3 centimètres. La crosse de l'aorte est dilatée; plaques d'athérome au niveau de sa surface interne et au niveau des coronaires.

Les reins pèsent ensemble 225 grammes; à leur surface, on constate des brides fibreuses, ils ont une consistance dure et sont très congestionnés; ils se décortiquent mal.

*Système nerveux.* — A l'ouverture de la dure-mère, il s'échappe une grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Le cerveau est très congestionné; on observe à sa surface des plaques rougeâtres. La pie-mère adhère au cortex surtout au niveau des régions motrices et des circonvolutions temporales. A la coupe, la substance cérébrale présente un piqueté hémorragique. Pas de lésion mieux localisée macroscopiquement. Athérome des artères de la base. Le cerveau droit pèse 522 grammes, le gauche 485 grammes.

Le cervelet et le bulbe réunis pèsent 115 grammes. Au

niveau du plancher du quatrième ventricule, on observe de nombreuses granulations épendymaires.

La moelle pèse 28 grammes.

*Examen micrographique.* Les différentes régions examinées sont la 1<sup>re</sup> frontale gauche (partie moyenne), le pied de la 3<sup>e</sup> frontale gauche, la 1<sup>re</sup> temporale gauche (partie moyenne), le cunéus gauche, la 1<sup>re</sup> frontale droite (partie moyenne), la pariétale ascendante droite (partie moyenne), le lobe occipital droit (face externe). Les coupes ont été colorées par les méthodes de Weigert Pal, de Nissl, de Van Gieson, au picro-carmin et à l'hématoxyline de Delafield.

*Méninges.* — Les méninges sont très épaissies, vascularisées et contiennent une grande quantité de cellules embryonnaires. Ces lésions sont surtout accentuées au niveau de la partie moyenne de la 1<sup>re</sup> temporale gauche et du pied de la 3<sup>e</sup> frontale gauche.

*Cortex.* — Au niveau du cortex, les vaisseaux ont proliféré, et l'on remarque de la diapédèse à leur pourtour; un certain nombre d'entre eux présentent de la dégénérescence colloïde et ont des parois irrégulières. La névroglie a proliféré surtout au niveau de la couche moléculaire. Les cellules pyramidales prennent, au Nissl, une coloration diffuse et leur noyau est excentrique. Certaines sont déformées et entourées de noyaux névrogliques et de lymphocytes. Les fibres à myéline sont surtout diminuées de nombre au niveau de la couche tangentielle. Les lésions ont leur maximum d'intensité au niveau du lobe frontal, de la pariétale ascendante, et de la première temporale gauche.

*Moelle.* — Les cellules des cornes antérieures sont atrophiées et pigmentées. Les cordons latéraux et les cordons postérieurs sont le siège d'une légère sclérose. Le canal central est oblitéré par la prolifération des cellules épendymaires. La pie-mère est épaissie au pourtour de la moelle.

*Cervelet.* — Le cervelet paraît normal.

*Ganglions rachidiens.* — L'examen a porté sur un ganglion dorsal droit et un ganglion lombaire droit. On y remarque une prolifération légère des cellules des capsules endothéliales; l'enveloppe conjonctive des ganglions paraît épaissie.

L'étude de cette observation nous paraît devoir amener la conviction que les symptômes étaient dus à la *paralysie générale*. Au point de vue clinique, la démence globale en ce qui concerne l'état mental, la parole embarrassée et traînante et l'exagération des réflexes au point de vue moteur, et enfin l'inégalité pupillaire,

sont des signes cliniques d'une signification peu douteuse. Mais l'examen nécropsique a donné à ces symptômes une valeur bien plus grande. On peut caractériser d'un mot la lésion nerveuse principale : il s'agissait d'une maladie inflammatoire. La diapédèse très accusée et l'abondance des cellules rondes répandues dans tout le tissu nerveux et notamment autour des cellules, l'épaississement et l'infiltration embryonnaire des méninges, montrent qu'il s'agissait d'une méningo-encéphalite subaiguë qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut être légitimement rapportée qu'à la paralysie générale.

Ajoutons que l'examen macroscopique, qui décela l'atrophie du cerveau et l'adhérence des méninges, apportait une confirmation à ce diagnostic.

Mais l'évolution de cette paralysie générale a montré des caractères particuliers de nature à faire hésiter au début tout au moins le diagnostic. En effet cette malade a présenté des séries d'accès épileptiformes avec aphasie, tantôt sensorielle, tantôt motrice, ainsi que des phénomènes paralytiques des membres. A ce point de vue, le tableau clinique rappelait les accidents qu'on observe d'habitude chez les athéromateux atteints de ramollissement cérébral ; mais ceux-là n'étaient pas durables comme cela s'observe dans la paralysie générale. Il est à noter encore que des signes d'artério-sclérose avaient été constatés à l'autopsie. Les artères des membres, l'aorte, les coronaires, les artères de la base du cerveau, étaient envahies par l'athérome ; le cœur était hypertrophié et les reins sclérosés ; mais dans le cerveau, il n'y avait que quelques altérations des parois des vaisseaux de nature dégénérative, attribuables à l'artério-sclérose.

Il existait donc une athéromasie généralisée ayant frappé aussi — quoique d'une manière plus discrète — le système nerveux ; ce processus morbide s'était traduit cliniquement par les accidents d'aphasie et de parésie motrice qui donnèrent à la paralysie générale une physiologie un peu spéciale. Toutefois, ces symptômes non habituels évoluèrent plutôt selon le type de la paralysie générale, que selon celui du ramollissement cérébral. Aphasie et parésie musculaires furent transitoires, et on ne constata à l'autopsie aucune trace de ramol-

lissement localisé comme on en rencontre ordinairement dans l'athéromasie.

Peut-on établir dans ce cas un rapport de causalité entre le processus paralytique et le processus athéromateux? Il nous paraît impossible de répondre fermement à cette question. On est cependant autorisé à supposer que l'athérome a attiré le processus inflammatoire.

En résumé, cette femme, qui était vraisemblablement athéromateuse depuis de nombreuses années, est devenue paralytique générale. Son cas rentre-t-il dans le groupe des paralysies générales associées à l'athéromasie, selon la description qu'en a faite M. Klippel? — Nous hésitons à lui donner cette étiquette, car l'athéromasie, très développée sur l'aorte et les artères de la base, était peu marquée dans le cerveau de notre malade. Il nous paraît préférable de réserver cette appellation, qui correspond à une division histologique que nous adaptons, aux cas où de grosses lésions athéromatiques avec ramollissements étendus s'observeraient en même temps que le signe histologique de la paralysie générale inflammatoire. On aurait alors une association d'altérations morbides assez comparables à celles qui rapprochent parfois la paralysie générale et les tumeurs. Sans cela, il y aurait lieu de craindre que les altérations athéromatiques discrètes devenant plus nombreuses dans la paralysie générale ordinaire à mesure qu'on les rechercherait davantage, celle-ci finisse par subir un trop grand nombre de démembrements illégitimes.

Nous disons donc qu'il s'agit, dans notre observation, d'un cas de paralysie générale sénile chez une athéromateuse, mais non de paralysie générale associée à l'athéromasie.

Un dernier point intéressant de cette observation à signaler est la concordance observée des troubles aphasiques constitués surtout par de la surdité verbale et des altérations microscopiques de la première temporale gauche, siège de l'audition. Ce cas est à rapprocher des observations publiées à diverses reprises par M. Sérieux et par M. Joffroy et qui montrent que les paralytiques généraux peuvent, à la faveur des lésions cérébrales plus intenses en un point, présenter des symptômes de localisation cérébrale.

## Troubles psychiques polymorphes avec impulsions chez une dégénérée hystérique de cinquante-huit ans,

par M. le D<sup>r</sup> WAHL.

Dans une des dernières séances de la Société, M. Magnan faisait remarquer combien sont rares les impulsions débutant chez les personnes âgées : l'observation suivante est un nouvel exemple de ce fait rare. Sur d'autres points encore notre malade présente des particularités intéressantes à relever.

R..., Elisa, marchande de journaux, entre à l'asile de Saint-Ylie le 18 mars 1903, venant du quartier d'observation de Besançon où elle avait été amenée à la suite d'une scène d'agitation. Elle appartient à une famille de tarés. Le père qui semble avoir été un ivrogne, était asthmatique ; la mère était de caractère faible, elle est morte d'une hémorragie par la bouche. Treize enfants sont nés de cette union : six sont morts en bas âge, sept ont survécu, il n'en reste plus que deux aujourd'hui (notre malade est la plus jeune). Aucun de ces sept frères et sœurs ne s'est marié pour ne pas augmenter la famille (?). Plus vraisemblablement il y avait d'autres raisons que la malade nous cache. Un frère est mort d'une maladie de cœur, une sœur est morte il y a un an environ à l'âge de soixante-quinze ans après une courte maladie (bronchite?). — C'est depuis cette époque que notre malade a commencé à présenter les troubles pour lesquels elle entre à l'asile. Elle ne peut nous indiquer aucune particularité sur les autres membres décédés de sa famille.

Le seul frère qui lui reste et avec lequel elle vit, est un vieillard de soixante-dix ans qui a commis de nombreux excès de boisson et qui présente depuis de très longues années des crises nocturnes d'épilepsie.

Elisa est une femme de taille moyenne, ne paraissant pas son âge, mais présentant une asymétrie faciale très nette et un léger goitre (ce qui est commun dans le pays). Elle est très difficile à interroger : ce n'est qu'au prix de bien des efforts que l'on peut arriver à tirer d'elle une réponse précise ; elle a d'ailleurs des troubles de la mémoire assez étendus ; elle qui avait un petit commerce, hésite dans des calculs très élémentaires et elle a oublié une foule de choses qui auraient dû la frapper.

D'une bonne santé habituelle, elle avait cependant des



troubles nerveux assez importants; elle pleurait et riait sans motif, était quinquese, irritable, mais elle n'a jamais eu de crises nerveuses à proprement parler; nous insistons d'autant plus sur ce fait qu'actuellement elle a des troubles d'hystérisme très nets dont elle rapporte le début à l'époque de la mort de son frère (mars 1902).

Quoi qu'il en soit, c'est depuis la mort de ce frère qu'elle souffre de douleurs de la face extrêmement violentes. Cette prétendue névralgie a une marche singulière et est très certainement de nature hystérique. Elle procède par accès, part d'un œil, s'irradie vers l'autre œil et le front. Elle ne présente donc pas la marche des névralgies faciales du trijumeau, et en fait on ne constate aucun phénomène particulier au niveau des points signalés par Valleix. Cette douleur est quelquefois remplacée par une autre qui siège au vertex et y persiste quelque temps; la malade la compare à la douleur que produirait une vrille qu'on lui enfoncerait dans la tête.

Elle a tant souffert, nous dit-elle, de ces accidents, elle a tant pleuré qu'elle n'a plus de cervelle, qu'elle n'est pas comme les autres personnes, qu'elle a la tête vide. De plus par moments, son estomac gonfle et une boule lui remonte à la gorge et tend à l'étouffer. Si elle pleurait, cela la soulagerait; mais elle a le corps en feu, elle ne saurait verser une larme. Elle a peur de devenir enragée et d'être étouffée entre deux matelas, ainsi que cela se pratique, nous dit-elle. Elle veut se tuer pour ne plus vivre ainsi; et en fait, ce qui a décidé sa famille à la placer, c'est qu'elle a cherché à se précipiter dans une citerne. « Je suis si malheureuse, nous dit-elle, de ne pas être comme les autres. »

Elle a par moments des tendances invincibles à dire de vilains mots (impulsions coprolaliques). D'autres fois elle répète : « Ne me chassez pas, Messieurs, je ne saurais où aller car je ne veux pas retourner à la maison, je deviens trop méchante. » Et lorsqu'elle dit cela, elle le répète d'une voix de plus en plus anxieuse, et les paroles les plus douces et les plus rassurantes ne peuvent la calmer; puis, au bout de peu de temps (cinq minutes environ), ces phénomènes anxieux disparaissent. Elisa supplie qu'on lui laisse la camisole en permanence, car si on ne l'attachait pas lorsque sa « rage » la prend, il faudrait qu'elle frappe quelqu'un. C'était d'abord contre son frère seul qu'elle avait de « mauvaises pensées », mais maintenant, elle a tendance à frapper les personnes qui l'entourent; il lui faut faire contre elle-même une véritable violence pour s'empêcher de frapper, et elle n'est pas toujours sûre de vaincre dans ce combat contre elle-même.

Plusieurs fois chez elle il lui est arrivé de frapper son frère

avec son sabot. La nuit elle a peur de tout ce qui l'entoure lorsqu'il n'y a pas de lumière, et chez elle elle exigeait la présence de son frère pour ne pas rester seule. Elle est également sujette, lorsqu'on la contrarie, à des accès de violence. Au cours de l'un d'eux, quelques jours avant son internement, elle a jeté des objets mobiliers par la fenêtre et elle a cassé des carreaux.

L'examen physique nous apprend que les artères sont dures et sinueuses, le pouls est dur, les bruits du cœur sourds et mal frappés. Elisa est sujette à s'enrhumer et présente un peu d'emphysème (tympanisme thoracique léger). Héli-anesthésie sensitive à droite. L'examen du champ visuel est impossible en raison de la perte presque complète de l'acuité visuelle à gauche. (Examen ophtalmoscopique non pratiqué.) Pas d'anosmie, pas de zones hystérogènes. Polyurie passagère. Constipation opiniâtre, quelquefois dix jours sans aller à la selle.

En résumé, notre malade est une dégénérée avec stigmates d'hystérie, avec phénomènes paroxystiques, céphalée, clou hystérique, sensation de boule, impulsions diverses à frapper, à dire des mots orduriers, — phénomènes dépressifs — idées et tentatives de suicide, — affaiblissement intellectuel laissant à la malade la conscience de son état, — idées de négation, elle n'a plus de cervelle. Goitre léger. Cet état aurait débuté il y a un an environ, mais s'est aggravé considérablement pendant les six derniers mois.

Cette observation, au point de vue de l'ensemble de la symptomatologie, est comparable à celle que M. Magnan et ses élèves Carrier, M<sup>lle</sup> Robinowitch, ont signalées ; mais elle s'en distingue par des signes très nets d'hystérie et surtout par le début tardif chez une femme qui, jusqu'à l'âge de cinquante-huit ans, n'avait présenté que des troubles nerveux de peu d'importance.

### Un paralytique général halluciné,

par M. RENÉ SEMELAIGNE.

M. X..., âgé de quarante-trois ans, atteint de paralysie générale progressive, est entré dans la maison de santé de Saint-James le 1<sup>er</sup> avril dernier. Il nous a été impossible d'obtenir aucun renseignement sur les antécédents héréditaires. M. X... a eu la syphilis il y a environ vingt ans.

Depuis plusieurs années, il se plaint de douleurs dans l'oreille gauche et entend plus difficilement de ce côté. Préoccupé de cette infirmité, il est peu à peu devenu sombre, difficile,

irritable. En décembre 1901, accidents congestifs que l'on attribue à l'ingestion d'antipyrine, médicament à l'action duquel le malade présente une sensibilité spéciale; il reste quarante-huit heures dans le coma. Puis il reprend sa vie normale, toujours absorbé et s'emportant à la moindre contrariété. Dans le courant de l'année 1902, se promenant un jour dans la campagne avec un de ses parents, il lui dit tout à coup : « N'entendez-vous pas ce vacarme ? » Tout était silencieux. Cependant on n'attacha pas d'importance à ce propos. Quelque temps après, comme plusieurs personnes se trouvaient réunies dans le salon, il s'écria : « Quel bruit dans la cheminée ! Il doit y avoir le feu. » C'était en plein été et l'on crut à une plaisanterie. En janvier 1903, poussée congestive. On a recours aux émissions sanguines; comme son médecin lui posait des sangsues, il est pris d'un accès de colère, se jette sur lui et le poursuit dans la maison. De janvier à mars, affaiblissement de la mémoire. Vers la fin de mars, il commence à parler de ses hallucinations de l'ouïe. Il entend, par l'oreille gauche, des bruits divers : tambours, trompettes, cris sauvages; plus souvent, ce sont des voix, principalement un homme et une femme qui chantent. Quelquefois, la nuit, le bruit devient tel que le malade appelle, se lève et fait des rondes, armé d'un revolver. On se décide à l'interner, et il consent à se rendre dans la maison de santé, sous le prétexte de soumettre son oreille à un traitement électrique.

Au moment de son entrée, il présente un notable affaiblissement de la mémoire dont il se rend parfaitement compte; aussi a-t-il soin de noter sur un calepin ce dont il tient à se souvenir. La vue est fatiguée, écrire longuement lui est pénible; il passe ou répète les mots et fait des fautes d'orthographe. La parole est légèrement embarrassée. Enfin le malade a de l'inégalité pupillaire.

Les premiers temps de son séjour dans la maison de santé, il s'emporte à tout propos, injurie et frappe ceux qui l'entourent, et les accuse ensuite de le maltraiter ou de lui tenir des propos inconvenants. Les hallucinations unilatérales de l'ouïe persistent. Les deux voix chantent ensemble ou alternativement. L'homme a une superbe voix, surtout dans les notes basses; il se contente de chanter et ne parle pas. Par contre, la femme, un soprano, adresse volontiers la parole au malade; une fois, elle lui dit : « Je t'aime »; plus souvent, elle dit : « Fumes-tu ? » ou « Viens-tu déjeuner ? » Un jour, comme elle prononçait ces mots, il éprouva une sensation étrange et qu'il ne peut définir, partant de l'oreille gauche et descendant du long du cou jusqu'à la poitrine. Bientôt survient un ténor et le duo se transforme en trio. Quand les voix l'importunent par trop,

M. X... parvient quelquefois à s'en débarrasser en criant fortement : « Tais-toi », ou bien en se frappant sur l'oreille.

Cet état se maintient à peu près sans changement pendant les mois d'avril et mai. Le malade est irritable, se plaint de tous et de tout et réclame sa liberté; pour l'obtenir, il déclare qu'il n'entend plus rien. Mais, dans le courant de juin, il avoue entendre, le jour et la nuit, de *vilaines voix d'ogres qui bégayaient des paroles désagréables*. Ces voix le poursuivent même quand il lit; pour leur échapper, il change de page à chaque instant et leur ordonne de se taire, mais en vain. Une voix de femme lui crie : « Le dimanche, le curé dit la messe; il faut y aller. » Une autre dit : « Tu ne devrais pas lire l'*Echo de Paris*, c'est le journal des curés; il faut lire le *National*. » Il entend également des hommes et des femmes qui se disputent et la voix des personnes qu'il connaît. Il cherche dans son cabinet de toilette et dans le couloir, persuadé que ceux qu'il entend doivent s'y tenir cachés. Aux voix succèdent des bourdonnements et de la céphalalgie.

Vers le milieu de juin M. X... raconte qu'une *toute petite femme* s'est, depuis quelques jours, installée dans sa tête, entre les deux yeux; il ne sait pas comment elle a pu arriver jusque-là, mais est porté à croire qu'elle est entrée entre *deux veines* ou grâce à une incision pratiquée à son insu dans la région lombaire. Il cause avec elle de sujets divers et se plaît à sa conversation, bien qu'elle le gêne beaucoup.

Le 24 juin, violente excitation; le malade injurie les domestiques, cherche à les frapper et leur lance des pierres. Le lendemain matin il est pris de vomissements, éprouve une grande difficulté à s'exprimer et arrive à peine à se faire comprendre; il chancelle en marchant. Après quelques jours l'embarras de la parole est moindre, mais néanmoins reste plus marqué qu'auparavant. La femme que M. X... porte dans la tête est devenue, dit-il, moins intelligente; elle hésite et bredouille en parlant. Interrogée sur son état de santé, elle déclare avoir été *malade d'un mauvais rhume*. Parfois elle descend dans l'estomac, puis revient se placer entre les deux yeux. Le 1<sup>er</sup> juillet, elle reçoit la visite d'un chanoine qui s'introduit dans la tête du malade et s'y installe pour deux jours; désirant sortir, il déclare qu'il va se servir d'un couteau; M. X... proteste avec véhémence. « Ne faites pas cela, lui dit-il, vous devenez fou. » Il demande à ses pensionnaires (c'est ainsi qu'il les appelle) comment ils s'arrangent pour manger; la jeune fille lui répond : « J'ai une table pour moi et une pour le chanoine », et elle lui conte les menus des repas qui se trouvent, à l'étonnement du malade, être les mêmes que ceux de l'établissement. Mais le chanoine se retire, laissant seule la jeune fille. Elle

s'entretient avec M. X..., lui dit avoir dix-neuf ans, lui donne son nom, lui expose ses titres de noblesse authentique, et lui parle de diverses personnes qu'il a connues. Elle lui fait des confidences, lui raconte qu'au moment de sa première communion, elle a tiré trois coups de fusil dans le confessionnal. Par moments elle se plaint d'avoir la colique. Enfin elle se met à grandir ; la tête reste entre les deux yeux, tandis que les pieds descendent d'abord dans la gorge, puis dans l'estomac. Elle veut sortir, gratte pour se frayer une issue et déclare au malade qu'elle lui mangera le cerveau.

Cependant les hallucinations de l'ouïe persistent ; ce ne sont plus des chants, mais des cris ; le malade entend des voix qui lui adressent des injures ; d'autres lui content des anecdotes intéressantes. La nuit, il parle à haute voix, discutant avec des personnes qui restent généralement de l'autre côté de la muraille, mais parfois s'introduisent auprès de lui ; il guette le jour afin de les surprendre, mais elles réussissent à disparaître sans se laisser voir. Il reçoit quelquefois, dit-il, la visite de canailles ; par exemple, une nuit, un homme pénètre dans sa chambre pour tenter de s'emparer de la jeune fille. M. X... se dispute avec lui, le contraint à donner son nom et apprend qu'il a été condamné à soixante-six jours de prison ; il le poursuit sans réussir à s'emparer de lui. Une autre fois il reçoit la visite d'une tante de la jeune fille, qui cause avec lui, sans se montrer, jusqu'à 2 heures du matin ; elle lui apprend que sa nièce, née en Turquie, reçoit une pension mensuelle de 400 fr., et elle lui offre de le faire hériter de cette somme ; il refuse.

Une autre nuit, c'est sa belle-mère qui vient le trouver, mais elle reste derrière la porte, et lui adresse de vifs reproches, l'accusant d'abuser de la jeune fille depuis nombre d'années et d'en avoir eu un enfant ; il proteste contre une telle insinuation, et expose la pureté de relations auxquelles il ne peut se soustraire. Très frappé de cette altercation, il me demande, le matin, si sa belle-mère est encore là et ce qu'elle m'a dit, et il ne peut croire qu'elle ait si promptement quitté la maison. Une femme se présente une nuit pour faire une injection à la dite jeune fille, vers laquelle semblent converger les pensées et les hallucinations du malade. Le 15 juillet, un oncle de cette jeune personne vient lui rendre visite, en compagnie d'une de ses amies, également une comtesse authentique ; tous deux s'introduisent dans la tête de M. X... à qui l'oncle offre 250 francs par mois pour s'occuper de sa nièce ; puis il disparaît avec sa compagne. Cependant la jeune fille devient souffrante ; elle cause de moins en moins et finit par rester deux jours sans parler.

M. X... s'inquiète ; si elle venait à mourir et pourrissait dans son cerveau, il tomberait gravement malade. Même au cas

où elle parviendrait à s'échapper, elle pourrait oublier son bracelet ou ses chaussures, et il en résulterait certainement des accidents sérieux. Aussi réclame-t-il avec instances un examen par les rayons Roentgen; la position bien déterminée, l'opération sera facile.

Le 18 juillet, au matin, le malade nous apprend que la jeune fille est partie; il ne sait pas au juste si elle s'est glissée le long de l'intestin et a profité du moment où il allait aux cabinets, ou si elle a trouvé une autre issue. Il déclare que maintenant il n'a nul besoin d'un plus long séjour dans l'établissement, séjour qui pourrait au contraire lui être fort nuisible; trop de personnes s'introduisent dans l'intérieur du corps; cela doit s'attraper dans le jardin, ou provenir des matelas qui seraient empoisonnés. Il veut donc partir de suite, et réclame impérieusement une voiture; on lui répond qu'il y a une grève de cochers, et il se contente de cette raison.

Le 20 juillet, dans l'après-midi, il me fait remettre un mot. « Il me semble, dit-il, que j'ai encore une femme dans la tête, qui vient de me dire qu'elle se trouve entre mes yeux. Elle m'a aussi demandé si je connais l'Angleterre. » Le surlendemain cette femme avait trouvé une compagne, et le malade réclamait leur extraction.

Depuis un mois, les divers symptômes physiques ou mentaux ont été en s'aggravant. La parole est embarrassée; le malade répète les mots et est souvent obligé de faire un effort pour parvenir à s'exprimer. Quand il écrit, il passe des mots ou répète le même jusqu'à cinq et six fois; il estropie les syllabes ou les mots; ainsi, au lieu de M. le Dr Semelaigne, il écrit M<sup>me</sup> le chaleur Delelagre; le Dr Gilbert Ballet devient le Dr Dorbert Gallet et habite 39, rue Gilbert Barbet. En outre il sème ses lettres de fautes d'orthographe.

La mémoire est très affaiblie; M. X... a un cahier de notes auquel il recourt sans cesse et où parfois il se reconnaît difficilement. Son caractère est toujours irritable et emporté. Il se plaint encore parfois de son oreille gauche, plus rarement de la droite. La surdité, assez prononcée des deux côtés, est plus marquée à gauche. Aussi est-il malaisé de converser avec le malade; il suit le cours de ses idées, ou répond à une autre question. J'ai essayé, à diverses reprises, de m'assurer s'il avait des hallucinations de l'ouïe du côté droit; il m'a parlé de bruits, de soufflements, mais a toujours affirmé ne pas entendre de voix.

Il éprouve quelquefois des sensations désagréables dans les narines, surtout à gauche, et s'est plaint à diverses reprises de mauvaises odeurs. Mais ce sont les yeux dont il déclare souffrir le plus, et il attribue ces sensations aux personnes qui s'introduisent dans sa tête, venant élire domicile entre les deux yeux.

Souvent il voit trouble et est obligé d'interrompre sa lecture. Céphalalgie presque continue. Les pupilles, inégales, présentent le signe d'Argyll Robertson. Le réflexe rotulien est aboli.

Au début, M. X... se rendait compte que ses hallucinations de l'ouïe constituaient un phénomène anormal; parfois il hésitait, discutait, et souvent s'écriait avec angoisse: « Est-ce que je deviens fou? » Maintenant il est pleinement convaincu de leur réalité. Quant aux personnes qui élisent domicile dans sa tête, il déclare ne pouvoir comprendre de quelle manière elles parviennent à entrer, et, tout en réclamant leur extraction, convient qu'il doit y avoir peu de médecins ayant la pratique courante de ces sortes d'opérations.

Telle est, brièvement résumée, l'observation de ce malade, que j'ai cru assez intéressante pour vous être présentée.

#### DISCUSSION.

M. DHEUR rapporte aussi plusieurs observations de paralytiques généraux avec hallucinations de l'ouïe. Chez l'un d'eux, les hallucinations paraissaient consécutives à une infection streptococcique.

M. BOISSIER rappelle l'histoire d'un paralytique général qu'il a observé, il y a quelques années, dans le service de M. Magnan, et qui décrivait nettement les hallucinations multiples de tous les sens, sauf la vue.

M. GILBERT BALLET. — A la prochaine séance, M. Vallon doit présenter une observation qui viendra compléter les faits intéressants qui viennent d'être signalés. Il s'agit d'un paralytique général que j'ai eu autrefois dans mon service et chez qui des hallucinations bi-latérales se sont maintenues, rapprochant ces hallucinations de celles des délirants systématisés.

#### **Délire hallucinatoire survenu chez un brightique, amélioré par deux ponctions lombaires,**

par M. le D<sup>r</sup> A. VIGOUROUX.

Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, entré à l'asile le 18 avril 1903.

Il a été transféré de l'hôpital à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant du D<sup>r</sup> Dufour: Ramollissement cérébral avec phénomènes d'excitation. Il se relève la nuit, crie et casse les

objets à portée de sa main. A l'admission, le D<sup>r</sup> Magnan porte le diagnostic : Affaiblissement des facultés mentales avec dépression mélancolique, préoccupations hypochondriaques, turbulence, insomnie. Faiblesse musculaire plus accusée à gauche.

Des renseignements fournis par ses enfants nous apprennent qu'il n'a pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

Il a deux fils de trente-neuf et de quarante-deux ans bien portants ; lui-même a, jusqu'à ces dernières années, été bien portant ; il buvait du vin et de l'eau-de-vie, sans jamais se griser. A quarante-six ans, il a eu une pleurésie qui a duré deux mois ; dix ans plus tard, à cinquante-six ans, il a eu un glaucome de l'œil droit opéré à l'Hôtel-Dieu.

Il a travaillé régulièrement de son métier de menuisier jusqu'à l'âge de soixante-deux ans.

A cette époque, il y a deux ans, il a eu une forte grippe à la suite de laquelle il eut « un transport au cerveau » qui a duré six semaines. Pendant cet accès délirant il divaguait, voyait des voleurs dans sa chambre, disait qu'on conspirait contre lui, etc.

Après un séjour de deux mois à la campagne tout délire disparut.

Il put reprendre ses occupations, mais sans pouvoir cependant travailler comme autrefois.

A ce moment en effet, on s'aperçut qu'il avait les jambes et les mains enflées, et son médecin constata la présence d'albumine dans les urines. Cet œdème disparaissait quand le malade était couché.

Il fut soumis à un régime d'où les boissons alcooliques étaient exclues.

Près de deux ans plus tard, en janvier 1903, il eut trois jours de suite des étourdissements ; il perdait connaissance et tombait ; après, il était faible sur les jambes, mais ne présentait pas de paralysie localisée.

En même temps l'œdème des jambes reparut ; et le délire se montra de nouveau. Il ne dormait pas, voyait les huissiers entrer dans sa chambre, ne savait pas où il était et tenait des propos incohérents.

L'œdème disparut après un séjour au lit et la diète lactée ; mais son état général ne s'améliorant pas, il fut transporté à l'hôpital, où il ne fit qu'un court séjour.

A son arrivée dans le service il présente une confusion mentale extrême, il ne se rend pas compte de l'endroit où il se trouve, ni du temps écoulé depuis son entrée. Il est difficile d'attirer son attention et d'obtenir une réponse : il est turbulent et manifeste tour à tour des idées de persécution et des idées mélancoliques.



Il a des hallucinations de la vue, il voit son fils, l'appelle par son nom, lui dit de faire attention parce que le rôti va brûler; puis il veut se lever, défait son lit, voit sa chienne: Viens Finette, ma pauvre vieille, viens ici m'embrasser, etc.

Un autre jour il se plaint qu'on lui pique les oreilles avec des épingles en bois; une autre fois il nous dit qu'il est en prison, qu'on va lui couper le cou, etc.

En somme, c'est un délire hallucinatoire, mobile, en rapport avec des hallucinations et des illusions de la vue extrêmement mobiles elles-mêmes; c'est un délire d'action.

La nuit, il est aussi turbulent; il veut toujours se lever, réclame ses bottes pour aller au travail, etc.

Dans l'intervalle des périodes d'agitation et de délire, il est somnolent et indifférent.

Disons de suite que l'examen des urines y révèle la présence de 3 gr. 50 d'albumine par litre, ce qui correspondait à 3 gr. 85 pour vingt-quatre heures, la quantité émise en vingt-quatre heures ayant été de 1.100 grammes.

L'examen somatique du malade nous montre l'existence d'artério-sclérose assez avancée; les artères sont dures, les bruits du cœur sourds à la base. Il a eu un glaucome ancien de l'œil droit.

Les réflexes pupillaires de l'œil gauche sont conservés. La langue n'est pas déviée et ne présente pas de tremblement; la parole n'est pas embarrassée. Les réflexes rotuliens sont abolis, les réflexes plantaires sont en flexion des deux côtés, les réflexes crémastériens sont conservés.

Les troubles moteurs manquent de netteté; alors qu'à Sainte-Anne il avait été constaté une faiblesse musculaire du côté gauche, à l'entrée, nous notons que le bras droit est plus faible et que la sensibilité à la douleur y est obtuse. Cette parésie et paresthésie disparurent après quelques jours. Les jambes sont faibles, la station debout est difficile, mais le malade peut marcher et ne fauche pas. L'appareil digestif paraît sain, le foie n'est pas gros; l'expérience de la glycosurie alimentaire est négative.

Le malade fut mis au régime lacté intégral.

Le taux de l'albumine tomba de 3 gr. 80 à 2 grammes le 8 mai, puis à 1 gramme le 14 mai. Mais l'état mental du malade resta le même. Même confusion mentale, même délire de rêve, même turbulence.

Le 28 mai, une première ponction lombaire lui fut faite et environ 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien clair et limpide fut retiré.

L'examen cytologique de ce liquide montra qu'il ne contenait

aucun leucocyte; son examen chimique, qu'il contenait 1 gr. 40 d'albumine par litre, ce qui est à peu près normal.

Dans les quelques jours qui suivirent la ponction une amélioration manifeste se produisit dans l'état mental du malade, la confusion mentale était moins grande et la turbulence moins intense.

Si bien que, huit jours plus tard, je me crus autorisé à lui faire une nouvelle ponction, par laquelle je lui retirai 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

De ce jour, l'amélioration de l'état mental fit de rapides progrès, la confusion disparut, ainsi que le délire hallucinatoire; le malade se rendit compte de sa situation, devint calme et raisonnable.

Sa famille qui le visitait très régulièrement demanda sa sortie, et l'emmenait le 24 juin; j'eus récemment de ses nouvelles et j'appris que son état mental était toujours bon, bien qu'il ait toujours plus de 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.

Cette observation est à rapprocher de celle de MM. Marie et Guillain et de celle de M. Legendre, publiées à la *Société médicale des hôpitaux* (séance du 3 mai 1901). Dans le cas de MM. Marie et Guillain, la ponction lombaire a fait disparaître une céphalée rebelle chez un jeune brightique ayant beaucoup d'albumine. Chez lui, comme chez notre malade, la quantité d'albumine avait diminué sans disparaître, sous l'influence du régime lacté.

Le malade de M. Legendre offre plus de points de ressemblance avec le nôtre, bien qu'il ne fût pas délirant; il était artério-scléreux, saturnin et albuminurique. L'insomnie, la céphalée et le myosis se sont amendés sous l'influence de l'évacuation de 13 à 14 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, alors que ces symptômes avaient résisté au régime lacté, à la saignée et à l'injection du sérum.

Cette méthode thérapeutique des accidents brightiques n'est pas nouvelle. M. P. Marie cite un assez grand nombres d'auteurs allemands parmi lesquels Quincke, l'inventeur de la ponction lombaire, qui l'ont déjà employée avec des résultats différents.

Pour expliquer comment une ponction lombaire peut amener la guérison d'accidents urémiques cérébraux, M. P. Marie invoque dans la pathogénie de ces accidents le facteur hypertension, qu'il distingue du facteur

intoxication. L'hypertension du liquide céphalo-rachidien peut provoquer l'œdème cérébral et l'hydropisie ventriculaire.

Il est facile de comprendre comment l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, cette quantité fût-elle minime, fait cesser l'hypertension et fait disparaître les symptômes que celle-ci tient sous sa dépendance : céphalée, somnolence, coma, etc.

Cette explication vraisemblable et simple peut-elle s'appliquer dans toute sa rigueur à l'amélioration du délire brightique par la ponction lombaire ? Non. Car l'hypertension du liquide céphalo-rachidien ne peut produire le délire, et il faut avoir recours au facteur intoxication.

Cliniquement le délire brightique est un délire toxique. L'explication doit donc être plus complexe.

Deux hypothèses se présentent.

Ou bien il faut admettre que le liquide céphalo-rachidien, très toxique par lui-même, agit directement sur les éléments nerveux, et que l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, diminuant sa toxicité, amène la cessation du délire.

Ou bien, admettant que le délire est provoqué par des toxines contenues dans le sang des urémiques en action sur les éléments nerveux, et que le facteur hypertension, par la gêne qu'il apporte à la circulation en retour, favorise la stase sanguine et par suite l'intoxication, on comprend plus facilement comment peut agir la ponction lombaire. L'évacuation du liquide céphalo-rachidien fait cesser l'hypertension et permet le rétablissement de la circulation cérébrale ; la stase cesse, les toxines sont éliminées et le délire disparaît.

Cette seconde explication me paraît plus admissible ; quelle qu'en soit la valeur, j'ai cru intéressant de rapporter cette observation dans laquelle un délire brightique a disparu à la suite de l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Il semble bien qu'entre l'amélioration de l'état mental du malade et les deux ponctions lombaires, il y ait plus qu'un simple rapport de coïncidence.

## DISCUSSION.

M. LEGRAIN. — Je rapprocherai du cas de M. Vigouroux celui d'un petit brightique que j'observe depuis trois ans dans mon service. Ce malade présente tous les signes classiques de petit brightisme (doigt mort, céphalée, cryesthésie, fourmillements, engourdissements, etc.). Mais, en outre, il est devenu épileptique depuis quelques années. Les attaques sont tout à fait classiques et reviennent tous les quinze jours environ.

J'ai été amené à pratiquer chez lui des ponctions lombaires pour remédier aux phénomènes particulièrement pénibles de petit brightisme et qui résistaient à toute médication. L'effet produit a été immédiat, et, depuis lors, dans les crises douloureuses les plus violentes, le malade réclame de lui-même sa ponction.

J'ai cru remarquer, d'autre part, que les attaques épileptiques étaient devenues plus rares.

Je partage l'opinion de M. Vigouroux quant à l'interprétation qu'il donne de l'amélioration des phénomènes maladifs. Je crois que le liquide céphalo-rachidien doit véhiculer, dans une sorte d'état de concentration, les poisons brightiques. Il y a, du fait de la ponction, une décharge toxique des centres nerveux.

**Note sur certaines catégories de buveurs intermittents,**

par MM. LEGRAIN et HALBERSTADT.

Il est classique de distinguer parmi les malades atteints de troubles psychiques liés d'une manière quelconque à l'alcoolisme, deux groupes : l'un, de malades chez lesquels ces troubles ont été provoqués par l'alcool ; l'autre, de malades chez lesquels au contraire l'intoxication alcoolique a pu avoir lieu à la faveur du déséquilibre mental provoqué par des troubles psychiques préexistants.

Cette distinction, admise également pour les buveurs intermittents, a abouti à ceci.

On a distingué deux groupes d'importance numérique

fort inégale : l'un, très petit, comprend les dipsomanes, qui sont des aliénés classés; l'autre, les alcooliques qui par intervalles font des excès plus considérables que d'habitude.

Ces malades ne sont pas des aliénés. Ils peuvent présenter des troubles psychiques provoqués par des excès alcooliques.

Mais ces excès, ils en seraient, semble-t-il, parfaitement responsables.

Cette répartition des buveurs en groupes si inégaux nous semble inexacte. Nous pensons que le groupe de malades qui boivent par intermittence parce que ce sont des individus atteints d'affections mentales, est beaucoup plus grand qu'on ne l'admet généralement. Nous nous proposons d'insister précisément sur ce groupe de malades, dans un exposé fort succinct que nous désirons placer surtout sur le terrain pratique.

Aussi bien, ayant en vue cette préoccupation, ne partons-nous pas d'une conception nosologique, telle que la dipsomanie, pour ensuite aboutir à l'éclaircissement de cas cliniques; mais bien au contraire, nous tâcherons de partir de la clinique et montrer comment se groupent les cas disparates d'aliénés devenus buveurs intermittents. Nous verrons alors qu'on peut, semble-t-il, grouper ces aliénés en trois catégories : les épileptiques, les malades atteints de folie intermittente, les dégénérés proprement dits avec obsessions et impulsions dipsomaniques.

Disons d'abord nettement que nous entendons sous le nom de buveurs intermittents non seulement des malades qui s'alcoolisent uniquement par intermittence, tout en restant sobres dans les intervalles. Nous croyons au contraire qu'il importe de faire rentrer dans le même groupe ceux qui, tout en faisant des excès par accès, sont loin d'être sobres dans les intervalles. Nous pensons d'autre part qu'il ne faut pas seulement faire entrer dans ce groupe de buveurs intermittents ces malades qui boivent au moment de leurs accès des quantités énormes de boissons alcooliques, mais aussi ceux qui font de simples excès. Cette délimitation de notre sujet nous semble capitale, et voici pourquoi.

Le cas classique du dipsomane sobre dans les inter-

valles et puis faisant des abus énormes de boissons est exceptionnel. D'autre part, ces deux faits : la sobriété intervallaire et l'abus énorme et subit, en rendent le diagnostic tellement facile qu'il serait inutile de revenir sur ces cas.

Le dipsomane classique est exceptionnel, mais il est facile à diagnostiquer.

Nous pensons qu'il y a tout avantage à porter l'attention sur un certain nombre de malades qui, tout en n'étant pas des dégénérés avec obsessions, consciences et impulsions, n'en font pas moins par intermittence des excès de boissons, parce que ce sont avant tout des malades.

L'un de nous a déjà indiqué tout l'intérêt de l'étude de ces malades à tendances dipsomaniaques (Legrain, *Hérédité et alcoolisme*), ou des pseudo-dipsomaniaques (*Dictionnaire anglais de psychiatrie*, par Hack-Tuck, article « Dipsomanie » par Legrain).

Plusieurs auteurs adoptent d'ailleurs une opinion éclectique pour la nature de la dipsomanie et le groupement des buveurs intermittents. Tel surtout Ziehen (*Traité de psychiatrie*), pour lequel il peut s'agir d'épilepsie, d'hystérie, de folie intermittente, et dans un petit nombre de cas, d'états purement impulsifs.

Cette opinion est très proche de la vérité, croyons-nous.

Signalons que pour lui il s'agit parfois d'une origine liée à des troubles menstruels. Nous ne nous prononçons pas à ce sujet, notre étude portant exclusivement sur les malades observés dans le service d'alcooliques hommes de Ville-Evrard.

Parmi ces trois catégories de buveurs intermittents, la plus importante à étudier nous semble indiscutablement celle des épileptiques. C'est Kraepelin qui récemment a attiré l'attention sur les faits de ce genre. Pour lui, la dipsomanie relève de l'épilepsie. Il exprime cette opinion dans son *Traité* et y revient plus récemment dans ses leçons cliniques. Pourtant, il semble qu'il fasse lui-même des réserves à ce sujet. Dans la sixième édition de son *Traité*, p. 476, il dit bien que la dipsomanie est de nature épileptique, mais il ajoute : « Si tant est qu'on puisse considérer la dipsomanie comme une ma-

ladié univoque. » Son élève Gaupp, dans une monographie publiée en 1901, a nettement émis l'idée que tout dipsomane était un épileptique.

Rappelons que nous n'avons pas la préoccupation de refaire ici l'étude si complexe de la dipsomanie. Mais voici qui est vrai, croyons-nous.

Souvent, plus souvent qu'on ne serait tenté de le croire, les malades s'adonnent à des excès de boissons à la faveur d'un accès épileptique.

Disons en passant que nous ne croyons pas devoir revenir à ce sujet sur l'identité des crises comitiales avec les équivalents psychiques : c'est là un point de pathologie mentale bien établi. Rappelons que, dans de récentes recherches, Kraepelin et Aschaffenburg ont encore élargi cette notion des équivalents épileptoïdes. Ce dernier auteur notamment a décrit, au XX<sup>e</sup> Congrès des aliénistes du Sud-Ouest de l'Allemagne, des états épileptoïdes très atténués, au cours desquels le malade a parfois recours à l'alcool pour y trouver un soulagement.

Ainsi donc, voici une manière de voir bien nouvelle : c'est d'envisager l'alcoolisation non plus seulement comme cause d'épilepsie, mais aussi — notamment dans sa forme intermittente — comme son effet.

Précisons quelques points avant de passer aux observations personnelles que nous allons rapporter.

Ce n'est pas, bien entendu, parmi ces comitiaux internés de bonne heure, avec une forte débilité mentale, que nous trouverons des accès dipsomaniques.

Nous les trouverons de préférence parmi ceux qui ont pu, par la vie sociale, prendre goût aux boissons alcooliques. Parfois il s'agira de malades originellement épileptiques ; parfois, de malades chez lesquels l'alcool a réveillé la névrose latente ; parfois, de malades chez lesquels il l'a créée de toutes pièces. Il est évident que la distinction entre ces deux catégories est bien difficile à préciser, mais peut-être pas impossible, de par l'analyse psychologique de l'état mental intervallaire.

N'insistons pas là-dessus, mais rappelons qu'il y a déjà quatre-vingts ans que la discussion au sujet de l'alcoolisation antérieure à l'éclosion des accès dipsomaniques a commencé. Bruhl-Cramer la donnait comme

constante, Esquirol la niait, Foville l'admettait, mais pas dans tous les cas.

Dans le service spécial de Ville-Evrard les cas de malades rentrant dans cette catégorie ne sont pas rares. Les uns font de grands excès, d'autres se contentent de quantités moindres d'alcool. On en trouve qui, dès leur enfance, ont eu des crises épileptiques, d'autres chez lesquels celles-ci ne *paraissent* avoir apparu que sous l'influence de boissons alcooliques. Certains malades ont des crises convulsives, d'autres n'en présentent pas et seuls les équivalents psychiques, parfois fort atténués, révèlent l'épilepsie. Les observations que nous allons rapporter succinctement ne doivent pas être considérées comme des curiosités pathologiques, mais au contraire comme des exemples d'une maladie qui est loin d'être rare.

OBS. I. — B..., trente et un ans. Entré à Ville-Evrard en février 1903.

*Antécédents héréditaires.* — Mère épileptique et alcoolique. Dans la famille (du côté maternel), il y avait plusieurs membres alcooliques. B... est un enfant naturel et il ne peut fournir de renseignements sur l'hérédité paternelle.

Depuis sa toute première enfance et jusqu'à l'âge de dix-huit ans environ, B... a des crises épileptiques, mais seulement nocturnes.

A dix-huit ans, cessation des crises convulsives. Mais celles-ci sont remplacées par des équivalents. Il a de temps en temps des « chaleurs », un malaise général qu'il ne peut définir, un sentiment d'oppression pénible; mais tout cela, sans perte de conscience. Vers vingt et un ans, au régiment, il a commencé à avoir des « absences ». Il en pressent l'apparition. « Tout-à-coup, dit-il, je sentais un voile devant les yeux. J'étais tout drôle. Alors j'allais boire, et cela me soulageait. Mais après je ne savais plus ce que je faisais... » Il a été plusieurs fois puni au régiment, et finalement condamné aux travaux publics pour désertion qu'il accomplit pendant une fugue épileptique au début de laquelle il avait bu. Revenu en France, il a été réformé. De tout temps, B... s'intoxiquait avec de l'alcool. Il buvait d'une façon chronique, et un peu de tout : vin, liqueurs, absinthe. Dès l'âge de vingt et un ans, il a des accès dipsomaniaques qui, depuis, ne font que s'accroître. Ces accès ne ressemblent pas aux accès conscients avec obsession et lutte. Chez B... la lutte n'est même pas ébauchée. Il éprouve un



malaise général, a la sensation d'un « voile devant les yeux », ses facultés sont obnubilées, et puis il a une impulsion à boire à laquelle il satisfait aussitôt. Il boit en très grande quantité et la boisson le soulage, dit-il, et alors survient un état crépusculaire, pendant lequel il perd toute conscience de sa situation, et dont il ne garde nul souvenir. Dans les dernières années, des phénomènes délirants, de nature alcoolique et épileptique à la fois, surviennent dans cette période, et provoquent son internement. Il est interné pour la première fois à Ville-Evrard, en janvier 1899.

Du certificat rédigé par le Dr Legrain, nous extrayons ceci : « ... Troubles profonds de l'idéation et de la mémoire ; délire post-épileptique avec appoint alcoolique. »

Les phénomènes morbides s'apaisèrent très vite, mais on hésitait de le faire mettre en liberté à cause des actes de violence commis avant l'internement. Il s'évade en juin 1899 et n'est pas réintégré.

En février 1903, B... est interné pour la deuxième fois.

Il se présente en plein délire, dont plus tard, au moment de sa sortie, il ne gardera nul souvenir, pas plus que des actes de violence qui ont provoqué son internement. Il se dit persécuté par la police ; pourtant il a découvert les auteurs de quatre assassinats commis à Paris, mais on ne veut pas suivre ses indications. Son beau-père, mort il y a assez longtemps déjà, est mort d'une façon mystérieuse ; il pense qu'on l'a assassiné. Des hallucinations de l'ouïe très nettes existent, se rapportant à son délire. On note un tremblement des doigts caractéristique. Il paraît confus, désorienté, sous l'influence d'idées angoissantes et pénibles.

Les jours suivants cet état se maintient et ce n'est que progressivement qu'il disparaît.

Le malade devient tout à fait conscient de sa situation, travaille et sort en liberté en juin 1903.

Oss. II. — O..., quarante-neuf ans. Entré à Ville-Evrard en juillet 1903.

O... est d'une famille de gens nerveux et irritables. Deux de ses nièces sont épileptiques. Lui, depuis l'âge de onze ans environ, a des crises épileptiques, légères, mais fort nettes, et au sujet desquelles le diagnostic s'impose.

Actuellement, depuis plusieurs années déjà, voici comment évolue la crise :

Elle a lieu toujours dans la matinée. Deux heures à l'avance environ, il sent bien que la crise va avoir lieu. Il devient triste, légèrement obnubilé et a une aura toute particulière : dans la tempe droite, il ressent comme des pulsations intenses. Mais encore avant que l'aura ne survienne, aussitôt que le malade

ressent les prodromes de la crise, il a une impulsion irrésistible à boire du vulnérable, et du vulnérable seulement. Chez lui, à la maison, sa femme en a toujours et lui en donne autant qu'il en veut.

Puis, après l'aura, la crise survient. Le malade devient tout rouge, la sueur perle, il a des convulsions, ensuite ses membres se raidissent, les yeux tournent, il devient livide. Le tout dure quelques secondes, pendant lesquelles le malade perd toute conscience. A plusieurs reprises, il s'est mordu la langue et est tombé par terre.

Toute la journée il est faible, obnubilé, fatigué et a une tendance invincible au sommeil.

Il entre à Ville-Evrard en juillet 1903, après un délire hallucinatoire survenu à l'hôpital, où il était entré pour y subir une opération, et auquel nous n'avons pas assisté. Nous n'avons plus constaté de phénomènes délirants à son entrée.

C'est un homme intelligent, bon travailleur, excellent époux, nullement violent, mais tout au plus irritable et parfois capricieux. Il exerce la profession de jardinier et gagne bien sa vie. Il boit en moyenne comme tous les gens de sa condition sociale boivent à Paris. Il ne fait d'excès qu'à l'occasion de ses crises, et des excès de vulnérable seulement. Dans les intervalles, il n'en boit jamais.

Passons maintenant aux malades atteints de folie intermittente. Nombre d'auteurs ont soutenu que la dipsomanie était une manifestation de la folie périodique. Nous observons souvent à Ville-Evrard des intermittents qui boivent au moment de leurs accès maniaques. Il est bien connu que l'alcoolisation peut produire un état très *analogue* à un accès maniaque, mais l'inverse peut aussi exister, et le fait est connu depuis longtemps. Nous pensons qu'il est fréquent, et que souvent on peut prendre pour effet ce qui est la cause. Le malade n'a pas un accès d'excitation maniaque, parce qu'il a bu en excès, mais il boit en excès, parce qu'il est atteint d'un accès maniaque symptomatique d'une folie intermittente.

On observe ces cas surtout dans les formes atténuées. En voici deux exemples :

Obs. III. — R..., quarante-trois ans. Entré à Ville-Evrard en mai 1903. Antécédents héréditaires : sœur aliénée.

Jusqu'en 1893, R... n'a présenté rien d'anormal. Depuis

cette époque, tous les ans, vers le mois de mars, il a un accès typique d'excitation maniaque atténuée. Il est exalté, présente une forte excitation intellectuelle et motrice. Il fait maintes choses désordonnées, ne tient pas en place. Il a des tendances à exhiber ses parties génitales, à dire des choses obscènes. Il buvait continuellement pendant ces périodes. Quelques idées vagues de persécution se superposent à cet état. De tout cela, il est parfaitement conscient, et aucun trouble de la mémoire n'est à noter pour les souvenirs se rapportant à cette période. Malgré cette excitation, il continue à travailler. Il est, en effet, tellement conscient, qu'il évite de se faire arrêter. C'est la famille qui paraît supporter toutes les conséquences de son état. Celui-ci dure depuis dix années environ, du mois de mars au mois d'août. Ensuite, il devient légèrement déprimé, il est triste, dort beaucoup, ne parle que très peu. Pendant sa phase d'excitation, il boit beaucoup. Pendant sa phase de dépression, il est relativement sobre. Le contraste entre ces deux périodes est frappant. Dans les dernières années, les phases maniaques s'accroissent de plus en plus. En 1902, pendant deux mois environ, il fut interné. Cette année, en mai, il entre au service spécial. Il se présente (12 mai) dans un état de légère excitation maniaque fort nette. Quand on lui reproche les faits d'exhibitionisme signalés dans le dossier, il trouve mille excuses, et dit qu'il a voulu simplement réparer son bandage herniaire. Il est très loquace; pas d'incohérence du langage. Il semble qu'il a une conscience obscure de sa maladie. Pas de désorientation. Pas d'illusions, ni d'hallucinations. Cauchemars pendant la nuit. Le fond mental est celui d'un débile. Il présente des malformations crâniennes. Depuis son entrée, l'accès semble décroître. Pendant quelques semaines, il a encore été affairé, loquace, un peu surexcité. Puis, il a commencé à travailler, et insensiblement, en juillet, une phase de dépression mélancolique commence à se dessiner.

Obs. IV. — C..., cinquante-deux ans. — Entré à Ville-Evrard en avril 1902.

On ne relève aucune tare morbide héréditaire. Jusqu'en 1891, C... n'a présenté rien d'anormal.

A partir de cette année, tous les ans il a un léger accès d'excitation maniaque, qui dure quelques mois. En 1892, il a été interné à l'asile de Vaucluse, d'avril à octobre. Depuis 1892, c'est-à-dire depuis son deuxième accès, il a pendant ces périodes une envie de boire très prononcée. Il absorbe de grandes quantités de vin, mais aussi d'autres boissons, par exemple du lait. Les excès alcooliques ne font qu'augmenter son état d'excitation, sans jamais l'amener à perdre conscience de sa situation. Nulle amnésie. Il continue à travailler pendant

ces périodes, se signale tout au plus par quelques extravagances, mais ce n'est qu'en 1902 qu'il est interné pour la deuxième fois.

A noter que dans les intervalles entre les accès il est relativement sobre.

A son entrée à Ville-Evrard, le diagnostic de folie intermittente fut d'abord posé par le regretté D<sup>r</sup> Febvre qui, le 14 avril 1902, rédigea un certificat dont nous extrayons ceci :

« Paraît atteint de folie intermittente ; accès maniaque avec idées mystiques, hallucinations de l'ouïe ; il doit tout réformer, il est le fils de Dieu qui l'a chargé d'une mission. Insomnie. »

Les jours suivants l'état maniaque persista, très net. Il était en proie à une forte excitation motrice et intellectuelle. Pas une minute il ne reste en place, il marche tout le temps dans la cour, veut tout mettre en ordre et tout nettoyer. Il a des connaissances universelles, il peut guérir cent malades à la fois, sans même les toucher. Il a fait, dit-il, des études au séminaire pour devenir prêtre. Il a vu et entendu Dieu et la Vierge qui l'ont chargé d'une mission spéciale. Ces idées sont d'ailleurs fugaces, il saute de l'une à l'autre.

Il parle continuellement. Il est expansif et se livre facilement. Nulle anxiété. L'insouciance persiste. On lui administre du sulfonal qui parvient à lui procurer un peu de sommeil.

Cet état persista jusqu'en juillet 1902, époque à laquelle le malade est transféré au pavillon de chirurgie de Sainte-Anne pour y être opéré d'une hernie de la vessie. De retour dans le service (15 septembre 1902), on le trouve déprimé. Il parle très peu. Il reste immobile des journées entières. Il se sent découragé, et n'éprouve aucun goût pour le travail. Nulle hallucination. Nulle idée délirante. Pas de désorientation. Les mois suivants, il se met à travailler. Son état s'améliore peu à peu et, en juin 1903, il est mis en liberté.

Un très petit nombre de malades sont atteints d'accès paroxystiques d'obsessions dipsomaniaques pures avec dépression mentale prémonitoire et lutte consciente. Ce sont ces malades surtout auxquels se rapporte la description de M. Magnan. Disons qu'en clinique on est obligé souvent de revenir sur le diagnostic primitivement posé et reconnaître l'origine épileptique des phénomènes morbides. Nous observons actuellement à Ville-Evrard un seul malade qui peut être rangé dans cette catégorie.

OBS. V. — Bo..., quarante-six ans. Entré à Ville-Evrard en juin 1903.

Son père paraît avoir été un alcoolique. Bo... a été, dès son enfance, un déséquilibré.

Assez intelligent il était d'un caractère inégal, se mettant facilement en colère, ne supportant aucune contradiction. Etant enfant, il a eu un accident mental étrange : c'était une hallucination visuelle d'une très courte durée. Il lui a semblé qu'un animal qui lui inspirait une profonde terreur montait le long de ses jambes.

Cette hallucination ne s'est plus jamais reproduite. Il ne nous semble pas possible d'en préciser actuellement la nature. Notons que nous ne relevons chez Bo... aucun signe d'épilepsie dans les antécédents. De très bonne heure, il commence à s'alcooliser, surtout avec du vin. Mais cela ne l'empêcha pas de s'occuper activement de ses affaires qui, avec le temps, sont devenues relativement prospères. C'est en 1886 qu'il commença à avoir des accès de dipsomanie.

Ce sont des accès typiques.

D'abord apparaît une période prodromique. Il devient triste, l'idée obsédante s'installe peu à peu. Mais il lutte énergiquement avec elle.

« J'ai des moments (pendant cette période), dit-il, où je suis calme et où je dis : eh ! là-bas, il ne faut pas retomber. Mais comme attiré par un aimant, involontairement, il faut que j'y aille. » A cette période il est parfaitement conscient. Puis il se met à boire du vin en très grande quantité, augmentant les doses progressivement. Alors il perd toute conscience de sa situation, et l'amnésie pour cette période sera plus tard complète. Pour boire, il s'isole généralement chez lui. Dans les intervalles, il est honteux et repentant. Il est devenu sobre dans les périodes intervallaires, et même, dans les derniers temps, totalement abstinant. Il ne s'adonne à l'alcool (sous forme de vin) que pendant les accès.

D'abord les crises survenaient tous les quatre ou cinq mois ; maintenant c'est tous les mois, parfois toutes les quelques semaines. Elles tendent à devenir subintrantes.

La déchéance sociale a été complète. Il a perdu toute sa fortune, sa position sociale, et c'est maintenant une épave lamentable.

Il a été interné plusieurs fois, tout d'abord au pensionnat de Ville-Evrard. En 1894, déjà le diagnostic fut posé dans le certificat signé du D<sup>r</sup> Legrain et dont nous extrayons ceci : « Dégénérescence mentale avec accès dipsomaniaques périodiques. »

Au cours de son internement actuel, Bo... ne présente aucun délire. Il est parfaitement conscient de sa situation.

De temps en temps il éprouve encore le même sentiment de tristesse avec appétence alcoolique, qu'au dehors.

Ces courtes périodes ne ressemblent en rien à des vertiges comitiaux ou simplement à des équivalents psychiques.

Le malade n'est, pendant ce temps, nullement obnubilé ; il continue ses occupations (travail au bureau), et seule l'impossibilité de boire l'attriste.

Nous n'avons pas voulu revenir sur les dipsomanes à un point de vue pour ainsi dire nosographique. Ce sont seules les conclusions pratiques et médico-légales que nous avons en vue ici.

Parmi les trois catégories de malades dont nous nous sommes occupés, la plus importante à coup sûr est celle qui renferme les épileptiques. Ce sont des malades dont il sera parfois le plus difficile à démontrer l'irresponsabilité dans un rapport médico-légal. En effet, des formes morbides multiples peuvent se présenter, et entre le comitial de naissance, avec crises violentes et fugues bien caractérisées, et l'individu qui n'a que des vertiges ou des équivalents psychiques, il y a tous les intermédiaires. Il ne faut pas s'attendre à trouver des cas morbides univoques. Parfois ce sera une simple esquisse, parfois un tableau frappant et impressionnant ; mais partout on pourra trouver, après une analyse minutieuse, les stigmates de l'épilepsie.

Les buveurs atteints de folie intermittente viennent en seconde ligne. Ils sont — tout au moins dans le service spécial de Ville-Evrard — moins fréquents. Il est plus facile de démontrer leur irresponsabilité que pour certains épileptiques, mais ici encore l'irresponsabilité pourra être mise en doute. Car ce sont très souvent des manies atténuées auxquelles on aura affaire. On sait combien ces malades ont parfois conservé la faculté de raisonner leurs actes. Il semblera dès lors qu'ils ont été parfaitement conscients, et qu'il ne tenait qu'à eux de ne pas faire d'excès de boissons. Dans cette catégorie aussi, comme dans celle des épileptiques, des formes multiples existent : tantôt ce sera, au moment de l'internement, un accès maniaque pur ; tantôt l'alcool y mettra sa marque sous forme d'hallucinations, plutôt d'illusions, d'idées de persécution, etc.

La troisième catégorie est celle des dipsomanes pro-

prement dits, des obsédés conscients. Ces cas sont absolument exceptionnels, et il sera facile de convaincre le magistrat qu'on est en face d'un malade.

Au point de vue du pronostic et du traitement, nous nous bornerons à indiquer ceci. C'est l'importance primordiale, croyons-nous, de l'abstinence absolue de toute boisson alcoolique pour ces trois catégories de malades.

Dans les cas d'épilepsie et d'obsession dipsomaniaque consciente avec lutte (dipsomanie pure), on peut arriver à une amélioration réelle par l'abstinence totale. Mais ajoutons aussi : totale et prolongée. D'où la conclusion suivante : c'est la nécessité de permettre, par une loi à cet effet, l'internement prolongé de certains buveurs qui, même guéris d'un accès passager, restent des malades, et des malades dangereux. Seul un traitement prolongé peut les améliorer sérieusement. Or, ce traitement, il est impossible d'y avoir recours dans l'état actuel de la législation.

La séance est levée à 6 heures.

E. BLIN.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ANGLAIS

### The Journal of mental science

ANNÉE 1899 (*Suite et fin*).

XVI. — *Hallucinations olfactives chez les aliénés*, par M. S. John Bullen (numéro de juillet). — Ce travail contient d'abord une dissertation anatomique où son auteur, mettant à profit les savantes recherches de Kœlliker et d'Elliot Smith, étudie parallèlement les centres olfactifs des animaux à odorat très développé et ceux de l'homme. Il se résume dans les lignes suivantes :

La portion dorsale du lobe limbique est représentée chez l'homme par les tractus de Lancisi et les circonvolutions géniculées, continuées en arrière par le corps godronné et l'hippocampe ventral.

Le lobe piriforme a pour homologues le crochet, la racine latérale du bulbe olfactif et la vallée de Sylvius, dans les points où cette racine la traverse.

Le corps précommissural, la lame terminale et le tubercule olfactif sont remplacés par la circonvolution sous-calleuse, le septum lucidum, le quadrilatère perforé et la circonvolution intracalleuse. Ces changements coïncident avec la disparition de la commissure dorsale, de l'hippocampe et son remplacement par le corps calleux. Physiologiquement, ils correspondent à une dépréciation du sens olfactif.

Chez l'homme, le sens de l'olfaction a son siège principal dans le crochet, qui reçoit la seule racine importante du bulbe olfactif. L'hippocampe dégénère après l'ablation du lobe olfactif du même côté (Gudden). L'appareil périphérique est rudimentaire comme sa représentation centrale. Les nerfs olfactifs se distribuent sur une faible étendue de la muqueuse nasale.

La pigmentation y est moins intense que chez les animaux



osmatiques et même que chez certaines races humaines de couleur. L'épaisseur de la muqueuse est moins grande, l'organe de Jacobson est atrophié.

Malgré son développement incomplet, l'odorat est susceptible de s'affiner chez l'homme, surtout chez les individus privés des autres sens spéciaux. Mais il ne saurait acquérir les aptitudes qu'il présente chez les animaux, notamment celles qui sont associées à l'instinct sexuel. M. Bullen ne croit pas que l'appareil olfactif joue un rôle dans l'excitation génitale chez l'homme; elle se développe, en réalité, par la vue et le toucher.

L'odorat n'est pas utile à l'homme pour le choix de la nourriture et ne peut lui faire distinguer les aliments nuisibles. Mais il est pourvu d'après Haycraft (comme d'ailleurs la vue et l'ouïe) de perceptions quantitatives et qualitatives. L'éducation du sens olfactif consiste dans le développement de ces qualités; mais elle demeure imparfaite par suite de la pauvreté des termes de comparaison et du caractère indéfini de la plupart des odeurs.

Le résultat de l'activité sensorielle est une idéation faible et vague. Les images de rêve sont rarement de nature olfactive et le rêve est rarement influencé par un stimulant odorant, à moins qu'il ne soit pénible.

L'odorat et le goût sont étroitement associés et cette relation intime rend difficile l'isolement des hallucinations qui leur sont afférentes.

L'embarras du diagnostic consiste dans la difficulté qu'on trouve à relier le trouble hallucinatoire à une conception délirante et à le distinguer d'une illusion.

Les hallucinations de l'odorat sont rares. Ce sont les plus rares de toutes. En 1845, sur un groupe imposant de 85 malades, Macario a trouvé le sens olfactif impliqué seul trois fois; chez 11, l'hallucination olfactive se combinait avec d'autres.

La statistique de Brierre de Boismont porte sur plusieurs centaines d'aliénés atteints d'hallucinations diverses. Sur 25 délirants aigus, 2 seulement avaient des hallucinations de l'odorat associées à d'autres. Sur 178 cas de manie avec hallucinations et illusions, l'hallucination olfactive, non à l'état simple, existait aussi chez 29 malades. 95 cas de mélancolie compliqués d'hallucinations d'un sens unique n'offraient pas d'hallucination de l'odorat.

Griesinger, de même, les regarde comme peu fréquentes et généralement liées à la période initiale de la folie. Schlager en trouve 27 fois sur 600 cas d'affection mentale et, sur ce petit nombre, il n'en découvre que 5 véritables, ne pouvant être prises pour des illusions.

D'autre part, Savage les croit plus communes qu'on ne l'a supposé. Krafft-Ebbing les regarde comme rares, en dehors du trouble sexuel.

M. Urquhart opine pour la rareté du trouble sensoriel (13 sur 300 cas). Cet auteur remarque le lien étroit qui unit les sens du goût et de l'odorat avec les sensations viscérales et organiques; par lui s'explique l'éclosion des états hallucinatoires et illusionnels par l'activité perversifiée du système générateur ou l'altération des fonctions organiques, sous l'influence de l'âge climatérique.

Savage admet l'importance de ce dernier élément pathogénique. Il prend 54 malades atteintes de folie de la ménopause et découvre chez 20 p. 100 de ces femmes des hallucinations olfactives. Les D<sup>rs</sup> Goodall et Craig constatent leur existence chez les climatériques (26,7 p. 100 sur 71 cas). Matusch les fait dépendre d'un trouble utérin, lorsqu'elles existent. Elles seraient plus communes chez les jeunes femmes et plus en rapport avec des ovaires sains qu'avec des organes atrophiés.

Le pronostic de l'hallucination olfactive est grave. Elle se rencontre fréquemment chez les alcooliques chroniques, les épileptiques et dans les formes traumatiques de la folie (Bevan Lewis).

On l'observe encore, quoique rarement, sous forme d'*aura* chez les épileptiques. Le D<sup>r</sup> Hughes Bennett a vu quatre auras olfactives sur 500 épilepsies.

Pierre Clark n'en a découvert qu'une seule chez 241 individus atteints de mal comitial.

Hughlings Jackson signale quelques cas de petit mal avec *aura* olfactive. Il les fait dépendre d'une lésion de l'hippocampe ou des circonvolutions voisines.

Bien qu'on assigne le siège probable de la fonction olfactive au crochet de l'hippocampe, ses limites sont encore mal définies. Ferrier, Munk, Luciani varient au sujet de cette localisation. Luys la place dans la couche optique, Féré dans la capsule interne.

Les hallucinations de l'odorat ont été observées dans le tabes, l'hystérie, la neurasthénie, les névroses traumatiques, etc.

Tilley et Colman, l'auteur lui-même les ont vues chez l'homme sain. Elles sont souvent associées chez les individus non aliénés avec des états viscéraux et se compliquent alors de troubles gastriques.

Dans une épidémie de psychopathie étudiée en Russie par Svikozski, 80 p. 100 des aliénés percevaient des odeurs agréables, et Brierre de Boismont a remarqué cette coïncidence des hallucinations agréables avec les états extatiques.

M. Bullen a examiné 95 hallucinés de l'odorat. La distinction entre l'hallucination et l'illusion a offert parfois des difficultés insurmontables. Elles peuvent exister alternativement ou en même temps; l'état mental du persécuté peut être une cause d'embarras par sa tendance à mettre au jour volontairement des conceptions erronées. Le mélange des hallucinations du goût et de l'odorat augmente l'obscurité du problème.

Cette étude est ardue; elle mérite d'être entreprise systématiquement, pendant des années, dans des grands asiles où se fait un fort mouvement de population.

On a vu que les hallucinations olfactives sont souvent associées à d'autres troubles sensoriels; on les observe par ordre de fréquence avec les hallucinations de l'ouïe, du goût, du toucher et, en dernier lieu, de la vue.

Elles ont en général un caractère repoussant (odeur de saleté, de pourriture). Plus rarement le malade sent le soufre, le gaz, le poison (?). Elles sont rarement agréables. Presque tous les malades sont des persécutés et accusent leur entourage. Elles sont liées à un délire constant, et leur interprétation varie peu. Elles s'exaspèrent souvent la nuit et ne s'accompagnent pas d'une altération fonctionnelle de l'odorat. Parfois leur marche est récurrente. On a vu l'alcool participer à leur production (7 fois sur 95). L'influence de la syphilis est plus rare (3 fois). L'hérédité existe fréquemment. Parmi les 95 aliénés de M. Bullen, il y avait 64 femmes dont 13 climatiques et 33 délirantes chroniques.

Sur les 31 hommes, 22 appartenaient à ce dernier type. Le reste des malades consistait en maniaques, agités chroniques. 3 femmes climatiques accusaient des hallucinations du sens génésique; cette forme existait chez 14 autres femmes atteintes de délire chronique.

Dans l'ensemble des aliénés des deux sexes, on constate des perversions sexuelles chez 31 d'entre eux, ce qui paraît favorable à la corrélation entre les appareils génital et olfactif.

Cependant l'auteur de ce travail n'est pas gagné à cette idée et croit pouvoir déduire de ses observations qu'il n'existe pas entre les deux un rapport direct. On connaît de nombreux exemples de désordres sexuels sans hallucination olfactive et des cas non moins nombreux d'hallucination olfactive non associés à des troubles de la sensibilité génitale.

Les documents apportés par M. Urquhart offrent un réel intérêt. Sur ses 13 hallucinés, 6 hommes et 7 femmes, 8 étaient héréditaires, 3 neurotiques, 2 climatériques, 8 s'adonnaient à la masturbation, 5 étaient des persécutés chroniques, 2 avaient une folie délusionnelle. On y comptait enfin une manie récurrente et une démence. Pour tous, le pronostic était fâcheux, sauf pour un ou deux qui avaient des chances douteuses de guérison. Quelques-uns ont donné lieu à des remarques curieuses. Un cas climatérique compliqué d'onanisme se plaignait d'irritation nasale; un autre malade, dément, se frappait le nez pendant qu'il se masturbait; un troisième, maniaque chronique, masturbateur, offrait le même acte bizarre à ses moments d'excitation.

Dans ce groupe se trouvaient un alcoolique et un syphilitique.

Quelle est la fréquence des hallucinations olfactives chez les paralysés généraux? On ne peut les mettre en évidence que dans la première période de la maladie. Le D<sup>r</sup> Mickle les a trouvées présentes chez 20 p. 100 des paralytiques hallucinés.

XVII. — *Discours présidentiel prononcé à la 58<sup>e</sup> séance annuelle de l'Association médico-psychologique tenue à Londres le 27 juillet 1899*; par le D<sup>r</sup> James Beveridge Spence (numéro d'octobre). — Le nouveau président adresse son hommage, pour se conformer à la tradition, aux membres de l'Association décédés dans l'année. Il aborde ensuite l'exposé critique des diverses questions qui intéressent les aliénistes.

A propos de la législation, il apprécie les modifications dont on est redevable au Lord Chancelier. Il loue les dispositions nouvelles qui favorisent dès le début le traitement des maladies mentales et celles qui réunissent l'action des gardiens et des autorités locales. Il admet l'intervention des inspecteurs dans les changements de quelque importance à apporter dans un asile. D'un autre côté, il regrette que la durée de validité d'un certificat, pour un placement privé, soit abaissé de sept à quatre jours. Enfin, il voudrait voir édicter des mesures plus efficaces touchant les indemnités allouées aux infirmiers d'asile,

qu'ils soient victimes d'un accident ou condamnés au repos par les infirmités et la fatigue.

Il traite ensuite d'un sujet grave, qui préoccupe à bon droit tous les médecins d'asile, la prophylaxie de la tuberculose.

Sur 7.298 décès constatés en 1897 dans les asiles d'Angleterre, on compte 1.064 décès par phtisie, et ce nombre est encore inférieur à la réalité. Quelles sont les causes de cette mortalité effrayante et spéciale aux asiles? Il faut voir un élément de propagation terrible dans le lait. Aussi toute la sollicitude des directeurs de fermes doit se porter sur l'état sanitaire de leur bétail. La tuberculose pullule dans les exploitations anglaises.

L'expérience de Home Farm, à Windsor, est concluante. 40 vaches laitières y ont été examinées; or, 32 de ces animaux ont paru malades, 5 ont été déclarées saines, les 3 autres étaient suspectes. Les 40 vaches ont été abattues et autopsiées. Pendant la vie, 34 d'entre elles avaient offert la réaction thermique à la tuberculine, et chez 33 de ces dernières les poumons furent trouvés tuberculeux à l'autopsie. Les 6 autres vaches n'avaient pas de tubercules, mais leur utérus était malade. Enfin, la température n'avait pas varié chez 4 vaches soumises à l'expérimentation; et à l'exception d'une seule, elles ont été trouvées indemnes de toute lésion.

Ces animaux étaient gardés dans une ferme royale, où l'air et la lumière étaient abondamment prodigués, où l'hygiène générale était parfaite et pourtant 36 sur 40 ont subi les atteintes du mal. Il est évident que ces conditions ne suffisent plus. La prophylaxie ne sera complète que si toutes les vaches subissent l'épreuve de la tuberculine avant d'être introduites à la ferme. M. Spence réclame les mêmes précautions pour le bétail des asiles. Il sera encore utile de soumettre le lait à l'ébullition et même à la pasteurisation avant de le livrer à la cuisine. Lorsqu'un cas de phtisie se produira parmi les aliénés, on l'isolera aussitôt dans un quartier *ad hoc* pour le soustraire à tout contact avec le reste de la population. Cette mesure est la seule qui puisse arrêter la propagation de la maladie infectieuse.

L'hospitalisation des épileptiques, dont s'occupe ensuite notre éminent confrère, a fait de sérieux progrès. Il mentionne tour à tour le *home* de Chalfont Saint-Gilles, la colonie de Lancashire, dont on est redevable à la munificence des mandataires de David Lewis, et la création, par les soins du Conseil de la province de Londres, de quartiers d'épileptiques aliénés dans les asiles.

La loi des buveurs d'habitude confère des pouvoirs qui sont peu en harmonie avec les principes de la libre Angleterre. Cependant l'opinion finira par comprendre que le buveur d'habitude, qui est à la fois son propre ennemi et celui de la communauté, a besoin d'être contrôlé et traité malgré lui. Il faut regretter que la nouvelle législation ne puisse s'appliquer en réalité qu'à une certaine catégorie d'ivrognes, les délinquants, les fauteurs de scandales. Elle a ordonné leur détention dans les établissements de Réforme privés ou de l'Etat, pendant un temps qui n'excède pas trois ans. Ces maisons sont dirigées par un personnel abstentionniste, sévèrement réglementé touchant la sobriété. Le nouveau traitement n'a pas fait encore de grands progrès. Pour entrer dans la pratique, les maisons de Réforme doivent se présenter comme des hôpitaux, et le public ne doit pas les regarder comme des prisons.

La première application de la loi a été faite le 7 avril, aux sessions de Blackburn. Une femme de trente-six ans, alcoolique et voleuse, a été condamnée à un mois d'emprisonnement suivi de la détention dans une maison de Réforme pendant trois ans au moins, selon la décision du secrétaire de l'Intérieur.

Un passage important de ce discours est consacré aux tentatives actuelles pour former et perfectionner les gardiens d'aliénés et les infirmiers des asiles. L'entreprise a fait un grand pas dans le Royaume-Uni. M. Spence s'est enquis de l'état de cette question en Europe et en Amérique.

En France, la laïcisation des hôpitaux de Paris a rendu nécessaire l'éducation d'infirmières laïques appelées à remplacer les religieuses. A Bicêtre, à la Salpêtrière, des écoles sont ouvertes, où les élèves reçoivent d'abord des notions d'instruction primaire et sont initiées plus tard à la pratique professionnelle. Des certificats sont délivrés à la fin des études, qui assurent aux titulaires une position meilleure. Un effort semblable a été tenté à Sainte-Anne; dans les autres asiles français la réforme a fait peu de progrès. L'orateur remarque avec raison que dans notre pays, les heures de travail sont longues, les congés courts et les salaires faibles. La position offerte aux candidats diplômés n'est pas susceptible d'attirer dans les asiles des sujets intelligents, issus d'une classe élevée.

En Belgique, il n'y a ni leçons officielles, ni examens, ni diplômes. La plus grande partie du service est confiée à des religieux et le sort des gardiens est peu enviable.

Dans l'Allemagne, la situation varie suivant les pays. En

Prusse, le système éducateur est peu pratiqué, les examens n'y existent pas et le personnel des infirmiers ne se recrute guère que dans la basse classe. La condition des gardiens y est pourtant meilleure au point de vue des gages, des congés et des heures de travail et elle est à peu près équivalente à celle des asiles anglais. Mais elle est incapable de fixer les employés et ils ne font qu'un court séjour à l'asile.

Bien qu'en Amérique les idées soient plus avancées qu'en aucun autre pays, la réforme y est au même point qu'en Angleterre. Le cours d'infirmiers dure deux ans. Les élèves sont soumis à des leçons et à des récitations hebdomadaires accompagnées de démonstrations cliniques pendant huit mois de l'année. L'élève est tenu de passer un examen d'entrée sur ses connaissances générales. Pendant la période d'instruction, il doit subir deux épreuves consécutives avant d'obtenir le certificat d'aptitude. Le cours n'est pas obligatoire. En Amérique, la réforme a déjà porté ses fruits et le personnel d'infirmiers atteint un niveau intellectuel supérieur à ses devanciers.

En Angleterre, il faut arriver à l'année 1890 pour voir la question faire un pas décisif. A cette époque une commission présidée par le D<sup>r</sup> Hayes Newington, réunie à Glasgow, formula les vœux suivants : 1<sup>o</sup> Il y avait lieu de créer un système d'écoles pour gardiens dans les asiles ; 2<sup>o</sup> d'établir des examens comme sanction de leurs études ; 3<sup>o</sup> de délivrer des diplômes à ceux qui auraient subi leurs examens avec succès. Depuis le mois de mai 1891, où les premiers candidats ont été présentés par les deux asiles de Birmingham, le mouvement a pris un développement rapide. Les quelques chiffres suivants, tirés de la statistique présentée par M. Spence, donnent une idée de cet étonnant progrès. En 1891, 106 candidats — 45 hommes et 61 femmes — ont obtenu le certificat d'aptitude ; en 1898, le diplôme a été délivré à 595 individus, 253 hommes et 341 femmes.

Le distingué président fournit de nombreux détails sur les conditions des examens et il envisage la possibilité d'instituer plus tard un prix de l'Association médico-psychologique en faveur de l'infirmier diplômé le plus méritant. En attendant que cette innovation soit réalisée, il encourage les directeurs à décerner eux-mêmes des récompenses à leurs employés. Il termine en honorant le zèle des médecins adjoints auxquels incombe la tâche d'instruire les gardiens et infirmiers et par conséquent le rôle principal dans l'accomplissement d'une réforme si utile.

XVIII. — *La fréquence, les causes, la prophylaxie et le trai-*

*tement de la phtisie pulmonaire dans les asiles d'aliénés*; par le D<sup>r</sup> Crookshank (numéro d'octobre). — Ce mémoire, qui a été récompensé par la Société médico-psychologique, emprunte une réelle valeur aux documents statistiques qu'il contient. L'auteur a consulté pour l'écrire les travaux et rapports des D<sup>rs</sup> Catham, Chalmers (Ecosse), Ransome et Clouston. Il reproduit une série de tableaux indiquant les mortalités comparées par phtisie dans les asiles et parmi la population libre du Royaume-Uni. Sans exagérer la valeur de ces chiffres, dont la rigueur n'est pas absolue, il croit avoir le droit d'en tirer les conclusions suivantes :

La statistique officielle de la mortalité dans les asiles d'Angleterre et du pays de Galles donne un chiffre 4 à 5 fois plus élevé que dans la population mâle non internée, âgée de trente-cinq à quarante-cinq ans. Les hommes de cet âge forment le groupe le plus exposé à la mort par phtisie. Cette statistique officielle est inférieure au moins d'un tiers à la mortalité réelle des asiles. La mortalité par phtisie est, dans les asiles irlandais, supérieure de 50 p. 100 à celle des asiles d'Angleterre.

La mortalité dans les asiles d'Ecosse est de 20 p. 100 inférieure à celle des asiles anglais, quoique la phtisie dans la population libre soit plus répandue en Ecosse qu'en Angleterre.

La mortalité dans la population libre de l'Angleterre et du pays de Galles décroît annuellement et d'une façon continue. De 1871 à 1880, cette décroissance a été de 30 p. 100. Une diminution semblable paraît se manifester en Ecosse.

Il n'y a aucun motif d'affirmer qu'il y ait eu, dans les derniers vingt ans, une diminution de la mortalité par phtisie dans les asiles d'Angleterre; mais une certaine décroissance a pu se produire pendant les dix-sept premières années.

Dans les asiles d'Ecosse, la mortalité a fléchi de même pendant les dix-sept premières années, mais n'a offert qu'une diminution très faible pendant ces derniers vingt ans.

Une tendance à l'accroissement de la mortalité par la phtisie dans les asiles existe aujourd'hui, peut-être en Ecosse, certainement en Angleterre. Il ne paraît pas que la mortalité relativement faible des asiles du comté de Londres doive encore décroître dans l'avenir.

Deux causes peuvent être invoquées pour expliquer cette abondance de décès : 1<sup>o</sup> les aliénés sont personnellement sujets à contracter la phtisie; 2<sup>o</sup> ce sont les conditions d'existence de l'asile qui les rendent tuberculeux.



Sur 140 aliénés morts de phtisie, les quatre cinquièmes, d'après le D<sup>r</sup> Clouston, avaient contracté la maladie dans l'asile. Dans quelle mesure l'hérédité, dans ces cas, a-t-elle pu agir? Cette question est malaisée à résoudre, mais l'auteur remarque que, sur la totalité des admissions d'un asile, une proportion de 7,5 p. 100 seulement est phtisique et qu'un dixième de ces tuberculeux offrent la tache héréditaire. On peut donc admettre que, dans la grande majorité des cas, la phtisie prend sa source dans l'asile.

Lorsqu'un aliéné, jouissant d'une santé vigoureuse, devient tuberculeux après son entrée, on a tort d'accuser ses tendances familiales. La faute est tout entière à l'établissement qui a fourni les germes virulents. Ce n'est pas non plus l'aliéné qui crée la phtisie comme aliéné. M. Crookshank cite le bel exemple de l'asile d'Hereford, où des mesures d'hygiène très énergiques ont à peu près supprimé la terrible maladie. Il faut convenir, toutefois, que l'affaiblissement de la vitalité, la gêne respiratoire chez les déprimés et les mélancoliques, les rendent plus aptes à s'infecter, mais il faut s'en prendre surtout à la privation d'air pur et à l'insuffisance du régime.

L'asile d'aujourd'hui est un milieu favorable à la pullulation du bacille. Il ne pénètre pas par infection directe, mais la matière morbifique se mélange à l'atmosphère des salles par la dessiccation des crachats et elle est respirée par les malades. Ceux-ci, privés pour la plupart de l'exercice au grand air, confinés pendant de longues heures dans des salles infectes, que leurs habitudes malpropres souillent encore davantage, dans lesquelles séjournent déjà des phtisiques dans la proportion de 15 à 25 p. 100, sont dans des conditions de réceptivité parfaites.

L'auteur démontre, par de nombreux chiffres, que les aliénés n'ont que bien rarement dans les asiles le cube d'air réglementaire (3.000 pieds cubiques par heure, d'après Parkes). D'après les inspecteurs eux-mêmes, l'encombrement existait au 1<sup>er</sup> janvier 1898 dans 36 asiles sur 77.

Rien de surprenant, dès lors, que la mortalité par phtisie n'y diminue pas. La population des asiles d'Angleterre, qui était, en 1895, de 71.682, atteignait, en 1897, le chiffre de 77.217, et les aménagements n'ont point été changés. Si les asiles londoniens ont été moins éprouvés, c'est qu'on a remédié à l'encombrement par un système de traitement à l'extérieur.

L'Irlande a vu la population de ses asiles s'accroître et, en

même temps, la mortalité y est devenue très forte. En Écosse, un mouvement inverse s'est produit, et les décès sont moins nombreux.

Notre confrère a incriminé encore à bon droit la privation de l'exercice en plein air, dont souffrent presque tous les aliénés et les qualités peu nutritives du régime alimentaire, qui peut suffire à des individus bien portants, mais n'est pas adapté à des déments, des mélancoliques déprimés, qui sont en état de lutte permanente contre le tubercule. La nourriture des aliénés devrait être plus riche en graisse.

Le dernier chapitre de ce travail est consacré à la prophylaxie et à la thérapeutique.

La première comprend deux indications :

Préserver les valides ; combattre les progrès du mal chez ceux qui sont infectés, dans l'intérêt des autres.

Pour remplir la première, trois procédés se présentent : 1° transformer les asiles en établissements du type des hôpitaux pour consommation (Brompton). Pour la réalisation d'un tel plan, qui protégerait efficacement, en effet, les non tuberculeux, les dimensions de l'asile devraient être doublées. Il n'est donc pas économique ;

2° Edifier dans chaque asile un pavillon-hôpital pour phtisiques. L'isolement est assuré par cette mesure, mais elle ne permet pas le traitement des phtisiques entrants, et pratiquement le pavillon-hôpital finirait par devenir une infirmerie pour tuberculeux alités et tranquilles ;

3° Séparer des autres aliénés chaque tuberculeux à son début, quelle que soit sa condition mentale. C'est le procédé préférable pour empêcher l'apparition de la phtisie parmi la population saine. En même temps que les aliénés infectés sont privés de toute communication avec les autres pensionnaires, des mesures de désinfection sont pratiquées dans l'asile.

Que fera-t-on des tuberculeux ? On résoudra cette difficulté en remplissant la seconde indication tracée par l'auteur. Il fait l'apologie du *sanatorium* et de la cure d'air. C'est le vrai remède antiphtisique. Les grands asiles d'Angleterre ont justement une situation privilégiée qui se prête merveilleusement à l'organisation de ce mode d'assistance. Ils réalisent toutes les conditions : beau site, air salubre, éloignement des centres, sol sablonneux et sec, etc. On peut y choisir une orientation parfaite à l'abri des vents du nord, et le travail agricole, avec les promenades, peuvent s'y pratiquer librement. L'asile de Nor-

thampton remplit admirablement ce programme. Avec un établissement du système villa (Nordrach, Adirondacks), la prophylaxie se trouve très heureusement assurée.

Quelles dispositions particulières comporte ce *sanatorium* ? Il devra hospitaliser 20 à 200 malades ; mais, comme ses services économiques doivent être indépendants, la population de 200 aliénés est la plus convenable, avec le personnel nécessaire. Ce nombre de places paraît répondre aux besoins d'un asile de 1.000 malades. Les asiles plus petits auront avantage à transférer leurs phthisiques au dehors.

Londres, les comtés d'York et de Lancastre établiraient, en des endroits choisis, cinq groupes hospitaliers appropriés chacun à 200 individus. Ces établissements se prêteraient d'eux-mêmes à un certain classement de leurs pensionnaires. L'Institut de Falkenstein est un long bâtiment orienté au midi avec des ailes de peu d'étendue faisant face au nord-est et à l'ouest. Sa forme répond au type choisi par l'auteur. Au rez-de-chaussée est un dortoir de 40 à 50 lits ouvert sur une véranda. Dans le premier étage de chaque aile, parfaitement éclairées et ventilées, sont des chambres pour malades calmes, s'ouvrant à angle droit sur un corridor central. Le reste du bâtiment est occupé par les salles de jour et réfectoires.

Tous les efforts tendront à procurer aux malades la plus grande abondance d'air et de lumière solaire. L'exercice au dehors, le travail des champs seront encouragés. Les malades oisifs vivront à l'air et feront des promenades continuelles à travers les cours, les jardins ou sous les vérandas. Les grabataires eux-mêmes seront exposés, couchés ou dans des fauteuils, au rayonnement solaire. La désinfection du linge et des vêtements, la stérilisation des ustensiles, des crachoirs seront faites rigoureusement. Enfin, l'alimentation sera scrupuleusement choisie et riche en graisse. Le lard, le beurre, le lait seront les articles préférés du régime.

XIX. — *Rapports entre la syphilis et la folie* ; discussion ouverte par le Dr Mott à la Société médico-psychologique (numéro d'octobre). — La syphilis est un important facteur des maladies organiques du cerveau et de la folie qui leur est associée. M. Mott pense que le poison a deux modes d'action : 1° il détermine un processus inflammatoire sur les membranes et les vaisseaux du système nerveux central, produisant l'irritation directe ou la destruction des éléments nerveux. Le degré de l'altération se mesure à l'occlusion plus ou moins complète

des vaisseaux; 2° l'inflammation peut encore donner lieu à la formation de néoplasies à évolution régressive (gommes). Pathologiquement, tous ces phénomènes sont de nature identique.

Notre confrère a réuni 60 cas de syphilis cérébrale avec 23 autopsies. L'histoire de l'infection a pu être suivie chez quarante malades. Pour 20 d'entre eux, elle s'est faite dans les quatre ans avant l'apparition des premiers symptômes cérébraux. La syphilis du cerveau n'est donc pas une manifestation tertiaire et tardive. En outre, ces cas à évolution rapide offrent une malignité remarquable et correspondent à des lésions multiples de l'organe. Leur aspect les rapproche de la paralysie générale et l'on pourrait les appeler des pseudo-paralysies générales, bien qu'ils diffèrent pathologiquement de cette affection. Dans presque toutes les formes de folie la syphilis a montré à l'autopsie la véritable nature de la maladie. M. Mott a vu de nombreux exemples où un examen clinique attentif (cicatrices, taches pigmentaires) aurait pu mettre sur la trace du diagnostic, en l'absence de la céphalée ou d'autres signes pathognomoniques. Mais certains cas n'en sont pas moins malaisés à reconnaître. Ils ne représentent qu'une symptomatologie purement psychique dépendant de troubles circulatoires, d'une obstruction vasculaire incomplète et insuffisante pour produire la paralysie. Tous les degrés compris entre la débilité mentale et la démence absolue peuvent s'offrir. Parfois, c'est un désordre maniaque qu'on observe; ailleurs, ce sera une mélancolie avec idées de persécution et de suicide. Enfin peuvent se produire des attaques épileptiques et du coma. Dans les cas douteux, M. Mott soumet invariablement les malades au traitement spécifique. Les plus difficiles sont ceux où existe une artério-sclérose généralisée d'origine syphilitique, reconnaissable à une parésie progressive avec démence.

D'autres syphilis cérébrales ont un ensemble symptomatique qui rappelle la paralysie générale. On y constate la paralysie et la démence progressives et souvent des attaques épileptiformes, bien que l'autopsie montre l'intégrité des faisceaux de Meynert et des fibres tangentielles. La lésion porte sur les membranes épaissies et sur les petits vaisseaux. C'est proprement une méningo-encéphalite chronique.

L'auteur passe à l'étude des affections dites para-syphilitiques : la paralysie générale et le tabes. Avec Biswanger, Clouston et Mickle, il attribue la paralysie générale à une dégénération du neurone sous l'action débilitante de la syphilis.

Cette dégénération s'accompagne secondairement de changements dans les membranes et les vaisseaux, causés par l'irritation des produits morbides. C'est donc une intoxication par les déchets élémentaires.

La choline et les éléments nucléoprotéiques forment une toxine qui se déverse dans le liquide cérébro-spinal, provoque la prolifération névroglie et détermine la stase veineuse dans les régions qui sont le siège de la dégénération.

Le neurone dégénère parce qu'il est insuffisamment nourri (occlusions vasculaires), parce qu'il est usé déjà, incapable de se réparer et condamné à une mort prématurée. L'altération envahit les centres nerveux systématiquement et l'évolution du processus est inverse dans le tabes et la paralysie générale. Chez les tabétiques, c'est le système afférent de neurones qui est le premier atteint; dans la paralysie générale, ce sont les systèmes d'association, les derniers venus dans le développement, qui souffrent les premiers.

La même altération, la destruction des fibres tangentielles, existe dans la démence alcoolique; elle n'est donc pas spéciale à la paralysie générale. Cependant, sans aller jusqu'à dire qu'il n'y a pas de paralysie générale sans syphilis, on peut affirmer que la toxine syphilitique est un des principaux facteurs de la redoutable maladie. La fréquence de la syphilis, sa ténacité, son aptitude à produire des effets nocifs sur des structures incapables de se réparer et de se régénérer paraissent démontrer son action élective. Le neurone, avec son névraxe et ses dendrites, est comparable à un arbre. On conçoit le poison s'attaquant aux branches terminales et y produisant une métamorphose régressive qui gagne de proche en proche le tronc, le centre trophique ou le corps de la cellule. Si le processus est lent (tabes), limité à une aire peu étendue du système nerveux, l'auto-intoxication sera faible et ses manifestations bénignes. Les phénomènes sont plus actifs et plus graves dans la paralysie générale où l'accumulation des déchets dans les lymphatiques péri-vasculaires détermine la stase nerveuse, l'inflammation, les convulsions épileptiques et finalement la destruction de la matière nerveuse.

Pourtant, un autre facteur est nécessaire, avec la syphilis, pour frapper les éléments d'une mort prématurée, et la formule de Krafft-Ebbing est la vraie : *La civilisation et la syphilis réunies sont les principales causes de la paralysie générale.*

Les deux affections sont trop fréquemment associées

(65 p. 100 des cas) pour ne pas avoir des rapports de nature et d'origine, Krafft-Ebbing a eu la hardiesse d'inoculer la syphilis à huit paralyisés généraux sans obtenir de résultat, et M. Mott remarque qu'un examen clinique minutieux des malades met souvent en évidence une syphilis insoupçonnée jusque-là chez eux.

La paralysie générale juvénile est une démonstration frappante de la nature spécifique de la maladie. Tous les éléments étiologiques, sauf la syphilis, en sont éliminés. L'alcool ne joue pas un rôle direct dans sa production; la fatigue mentale, l'excitation cérébrale ont, chez l'enfant, une action effacée, moindre que chez l'adulte. Or, sur 22 cas juvéniles recueillis à Londres, la syphilis existait évidemment dans une proportion de 80 p. 100, et elle n'était pas niée chez les autres malades. L'influence de l'hérédité n'est pas plus forte dans la paralysie juvénile que dans les autres affections mentales. L'auteur fait une réflexion saisissante touchant la spécificité de la paralysie générale. Des individus atteints de paralysie générale ont eu des enfants qui offraient les signes d'une syphilis congénitale.

XX. — *L'anesthésie chez les aliénés*; par le D<sup>r</sup> W. H. B. Stoddart (numéro d'octobre). — Notre confrère reconnaît que le mot « anesthésie » n'est pas rigoureusement exact et qu'« analgésie » conviendrait mieux pour désigner le trouble sensoriel étudié dans ce chapitre. Il explore méthodiquement par la piqûre et le pincement la sensibilité de diverses régions chez des malades capables de lui répondre. Chez certains d'entre eux, il a trouvé à la fois l'anesthésie et l'analgésie, et alors la première était plus étendue que la seconde.

Les aliénés présentent souvent un phénomène auquel il a donné le nom « d'hémianesthésie comparée ». Dans cette condition morbide, le malade peut sentir une excitation tactile dans les deux côtés du corps, mais davantage dans une moitié. Quelquefois, en touchant deux points symétriques, l'impression n'est ressentie que d'un côté seulement. Ce symptôme est spécialement associé aux affections des organes génitaux. On le découvre chez les masturbateurs, les climatériques, les femmes atteintes de maladies de l'utérus et des ovaires. Aucun de ces malades n'a montré des hallucinations de l'odorat.

La stupeur, quelle que soit sa forme clinique, semble favoriser l'anesthésie. Si elle est intense, le malade est entièrement indifférent au pincement, à la piqûre, à l'étincelle électrique. Cependant, il ressent la douleur en réalité et l'on peut s'assurer

plus tard, au moment de l'amélioration, que son état mental l'empêchait de parler et de réagir. Il rend compte alors de ses impressions passées, dont le souvenir lui est resté fidèlement. L'auteur appelle l'attention sur une forme d'anesthésie encore inconnue. Elle est reconnaissable à ses localisations bizarres et que l'observation démontre être constantes dans des cas analogues. Chez un aliéné où son étendue est *maxima*, elle occupe toute la surface cutanée, moins les régions suivantes : une zone d'un pouce sur trois quarts de pouce au-dessus de chaque orbite ; une autre zone de deux pouces et demi sur deux pouces au-dessus de la partie moyenne du ligament de Poupart ; deux bandes étroites de chaque côté du rachis aux régions dorsale et cervicale.

Cette forme est rare, on l'a observée chez une hystérique qui avait été fréquemment hypnotisée.

La suivante est caractérisée par une surface moindre. La sensibilité est conservée aux pieds, dans une aire mal délimitée des jambes, comparable à un caleçon de bains, en quelques points symétriques autour du nez et sur une bande étroite de la région dorsale.

Dans une troisième forme, l'anesthésie est encore moins étendue, les zones sensibles gagnent en surface. Enfin, un dernier dessin, que nous avons sous les yeux, nous montre la sensibilité conservée partout, sauf à la région dorsale des doigts.

En général, ce trouble sensoriel est plus marqué à droite. Il est associé quelquefois à la perte de la notion de position et le malade est incapable de saisir des objets de petit volume. C'est dans la démence secondaire qu'on le trouve d'abord et il est lié à une déchéance mentale avancée. Sa gravité et son étendue varient suivant les époques. Il est inconnu dans la paralysie générale. Puis on l'observe dans la stupeur post-maniaque, où les aires envahies sont parfois remarquablement vastes ; enfin, dans la mélancolie, la stupeur des alcooliques et la folie choréique.

Dr Pons.

## JOURNAUX ITALIENS

**Bollettino del manicomio provinciale****di Ferrara.**

ANNÉE 1899

I. — *Les associations dans les psychoses aiguës par épuisement*; par le D<sup>r</sup> A. Vedrani (fasc. I et II). — Note clinique sur deux cas de manie aiguë ayant présenté dans la logorrhée des associations d'assonances et de rythmes et de la stéréotypie de la parole. L'auteur trouve dans ces observations une justification des recherches expérimentales de Aschaffenburg, en admettant que l'épuisement donne lieu à des processus d'association qui, selon le degré de cet épuisement, vont de l'assonance à la stéréotypie.

II. — *Une anomalie du muscle peaucier*; par les D<sup>rs</sup> Tambroni et Lombronzi (fasc. I et II). — Développement considérable de muscles peauciers s'étendant depuis la quatrième côte jusqu'à la mâchoire inférieure, en recouvrant toute la partie supérieure du thorax et le cou, et concourant activement aux mouvements de mastication. En rapprochant ce cas anormal de l'examen du système musculaire peaucier des mammifères et en passant par les singes jusqu'au gibbon, les auteurs en font un cas de régression intéressant, venant à l'appui de la théorie évolutionniste.

III. — *Les gardes nocturnes dans les manicomies*; par le D<sup>r</sup> Jacopo Finzi (fasc. I et II). — Examen critique des avantages et des inconvénients des différents systèmes de garde nocturne appliqués dans les asiles d'aliénés; argument de plus en faveur du régime nouveau, proposé au dernier congrès des aliénistes et comportant un service spécial de garde nocturne de toutes les sections de malades.

IV. — *Un cas d'hystérisme criminel*; par le D<sup>r</sup> Tambroni (fasc. III). — Expertise médico-légale très soignée conduisant l'auteur après une discussion méthodique des symptômes, des antécédents, des actes criminels, à cette conclusion que l'inculpé, en état de folie hystérique au moment du crime, n'est pas actuellement dangereux, mais qu'il peut le redevenir et qu'il y a lieu de le soumettre dans un manicomie à une longue période



d'observation. Le tribunal — fait intéressant — adopte les conclusions du médecin légiste, ordonne le non-lieu, et décide que « pour vice total de l'intelligence », l'inculpé sera *définitivement* interné dans un manicomie.

V. — *Manie, mélancolie et psychose maniaco-dépressive*; par le Dr Jacopo Finzi (fasc. III). — S'appuyant sur la statistique de 4.000 aliénés, Gucci s'est efforcé de démontrer que la « folie maniaco-dépressive » de Kraepelin n'existe pas et qu'il n'y faut voir qu'une modalité, rentrant dans les formes diverses de manie ou mélancolie récidivantes ou circulaires. L'auteur de cette note, restant sur le terrain dogmatique, prend vivement la défense de Kraepelin et déclare que sa conception de la folie maniaco-dépressive n'est nullement atteinte par les résultats statistiques de Gucci.

VI. — *La mélancolie psychose d'involution*; par le Dr A. Vedrani (fasc. III). — Discussion appuyée sur cinq observations cliniques et tendant à démontrer — en opposition avec le travail précédent — que la conception de Kraepelin correspond à la réalité des faits, et qu'il y a bien lieu de considérer le signe de *ralentissement psycho-moteur* comme formant une démarcation très nette dans le groupe des mélancolies : d'un côté la *psychose maniaco-dépressive*, de l'autre, la *mélancolie psychose d'involution*.

VII. — *Discipline manicomiale*; par le Dr J. Finzi (fasc. III). — D'une façon générale, dans tous les pays « dits civilisés », les lois qui régissent les aliénés, aussi bien que les établissements destinés à leur traitement, ne correspondent pas aux besoins de la science moderne. « La situation faite aux aliénés par les codes en vigueur tient à la fois de celle qui est faite aux enfants, aux malades, aux délinquants *communs* et aux bêtes féroces; l'organisation des *manicomies* tient de celle qui caractérise les hôpitaux, les prisons et les maisons de refuge. »

En passant au crible de la critique la législation spéciale des aliénés, l'organisation des asiles, le vaste domaine de la clinique psychiatrique, on voit cependant clairement combien il est illogique d'appliquer la même loi au délinquant alcoolique et au paranoïque inoffensif; combien il est difficile de délimiter les domaines de la pathologie mentale et de la pathologie nerveuse; combien injustifiée est la distinction fondamentale qui sépare l'asile de l'hôpital; combien il est anti-scientifique de soumettre aux mêmes conditions de traitement des malades

pour lesquels les conditions pathologiques, les nécessités thérapeutiques, les chances de curabilité, la situation sociale, etc., sont différentes à l'infini. Et si l'on considère qu'il est « aussi difficile d'établir une ligne de démarcation entre les malades ordinaires et les malades de l'intelligence qu'entre les aliénés et les délinquants, — on arrive naturellement à cette conception qu'il existe une échelle de malades et d'anormaux psychiques, auxquels la société doit fournir une échelle d'asiles gradués depuis la salle commune de l'hôpital jusqu'à la colonie pénale ». Le D<sup>r</sup> Finzi constate que « sur ce point comme sur tant d'autres, l'Italie, devançant le temps, a manifesté des tendances et des idées plus avancées que les autres pays » ; — et il ajoute — : « N'avons-nous pas les salles pour aliénés annexées aux hôpitaux, les asiles coloniaux pour aliénés, les manicomies pour criminels ? C'est vrai ; seulement quand on voit ce qui existe sous ces dénominations, on est profondément désabusé. L'idée géniale est née, mais avec elle toute notre activité s'est trouvée épuisée et nous nous sommes arrêtés. L'analyse objective des plus petits faits matériels qui se rattachent nécessairement à l'application pratique d'un problème un peu large, nous échappe généralement ; et c'est ainsi qu'on peut également reconnaître les meilleures raisons à l'optimisme qui continue à proclamer la prééminence des Italiens, comme au pessimisme qui déclare qu'il n'y a rien de bon en Italie. »

Que le patriotisme du D<sup>r</sup> Finzi se rassure : dans la lenteur de l'application des idées neuves en matière d'hospitalisation des aliénés, l'Italie ne manque pas d'émules.

Il est étrange de voir que — tandis que l'on écoute et exécute exactement les vues des spécialistes quand il s'agit par exemple de la tuberculose ou de toute autre maladie — dans le champ de l'aliénation mentale, on ne s'inspire que des préoccupations d'économie et de sécurité publique. On incrimine l'insuffisance de culture psychiatrique chez un trop grand nombre de spécialistes, le manque d'études sur la pathologie mentale dans les écoles. C'est un tort. Nous tournons dans un cercle vicieux. La culture psychiatrique n'est pas répandue parce qu'elle n'est pas possible, — parce que l'organisation actuelle des manicomies s'y oppose. Cette culture psychiatrique existerait et se répandrait certainement s'il existait des cliniques psychiatriques, des asiles urbains, etc., convenablement organisés.

Pour conclure, l'auteur développe son plan d'hospitalisation depuis les stations de secours sanitaire, les salles d'observation provisoire pour les maladies nerveuses et mentales, les cliniques psychiatriques, les asiles urbains, les quartiers d'observation, en passant par les grands asiles provinciaux avec les colonies annexes, les maisons de traitement pour alcooliques, épileptiques, les maisons d'éducation pour phrénasthéniques et pour dégénérés moraux, et en terminant par les asiles pour criminels qui « peu à peu devraient — sous l'autorité réunie des juges et des aliénistes — recevoir toutes les catégories de prisonniers et de délinquants, excepté peut-être quelques délinquants politiques ». — « Et c'est ainsi que la discipline hospitalière, la discipline manicomiale et la discipline des prisons, à la lumière de la médecine moderne entreront dans une direction positive pour prendre la place qui leur est assignée par la science pratique. »

VIII. — *La journée de travail pour les infirmiers des asiles*; par le D<sup>r</sup> Finzi (fasc. III). — Le D<sup>r</sup> Finzi s'occupe d'une autre question également digne d'intérêt, — de la situation du personnel infirmier des asiles. Il lui paraît — comme a nous tous — que pour avoir un corps d'infirmiers, ayant le sentiment de son devoir, de sa dignité, il faut organiser son service de telle façon que ce service soit autre chose qu'un servage absurde. En prenant comme type d'asile, un établissement mixte de 500 malades, divisé en deux sections de 250 malades, comprenant chacune 4 divisions (1<sup>o</sup> Quartier d'observation, 2<sup>o</sup> Quartier d'isolement, 3<sup>o</sup> Infirmerie, 4<sup>o</sup> Colonie): chacune de ces divisions comprenant 70, 30, 20 et 130 malades, le D<sup>r</sup> Finzi établit un tableau de service (jour et nuit) sur les données suivantes : Nombre d'infirmiers 46, soit 1 pour 5,4 malades; distribution du service quotidien en trois périodes : 1<sup>o</sup> de vingt à six heures; 2<sup>o</sup> de six à douze heures; 3<sup>o</sup> de douze à vingt heures. Roulement de quinzaine établi entre tous les infirmiers, leur imposant successivement dans un cycle de deux mois, une quinzaine de service de nuit (deux au quartier d'observation, une dans chacune des autres divisions), une quinzaine de service de six heures et deux quinzaines de service de huit heures. Obligation pour la moitié du personnel de coucher à l'asile pour le cas de besoin pendant la nuit.

Nous ne pouvons que désirer voir se réaliser ce programme aussi bien en France qu'en Italie. Mais un infirmier pour

5.4 malades, c'est une proportion de 50 p. 100 supérieure à celle qui existe actuellement, c'est un bien gros morceau à avaler; d'autant plus que l'homme ne se nourrissant pas exclusivement de liberté, il faut aussi relever les traitements qui sont notablement insuffisants, et alors ce serait une augmentation d'environ 75 p. 100 à prévoir dans les dépenses du personnel secondaire.

Mais comme le fait très justement observer le Dr Finzi qui est manifestement un homme d'action et de conviction, il y a dans cette réforme comme dans beaucoup d'autres, des moteurs autres que l'argent. « Elle serait certainement réalisable dans une bonne partie des pays civilisés avec seulement de la part des médecins et des administrations des asiles, un peu de passion désintéressée dans leur spécialité. »

IX. — *La transformation du sommeil en narcose*; par le Dr Lambrozi (fasc. IV). — Travail d'expérimentation tendant à montrer que :

1° La narcose chloroformique dans le sommeil habituel de moyenne ou haute profondeur se produit facilement chez l'individu endormi depuis une heure à une heure et demie; passé ce délai, elle est presque toujours impossible sans provoquer le réveil;

2° Si l'individu s'est endormi sous l'influence d'un narcotique (chloral, sulfonal, trional, etc.); ou de l'alcool ou de la fatigue, la chloroformisation présente non seulement des chances de probabilité plus nombreuses, mais encore elle peut se produire assez fréquemment au cours d'un sommeil durant depuis deux à quatre heures;

3° Si la profondeur du sommeil est faible la chloroformisation est possible, mais non probable, à moins que le sommeil soit le résultat de l'action de narcotiques, ou de l'alcool, ou de la fatigue;

4° L'action de la morphine peut, quelquefois mais non toujours, faciliter la narcose chloroformique;

5° L'action du café et de la caféine peut être quelquefois indifférente, mais plus souvent un obstacle à la narcose chloroformique dans le sommeil. Dans quelque cas très rares elle aide à la narcose;

6° Les émotions, particulièrement de caractère dépressif, peuvent empêcher ou favoriser la narcose selon l'évolution spéciale de leurs effets.

X. — *Sur le diagnostic et le pronostic des maladies men-*

*tales*; par le D<sup>r</sup> Alb. Vedrani (fasc. IV). — La phrénose maniaco-dépressive est-elle toujours diagnosticable, même dans ses premières manifestations? Les considérations générales sur l'impuissance de l'anatomie pathologique, les descriptions de Kræpelin et de Weygandt sur les états mixtes de la phrénose maniaco-dépressive, la stupeur maniaque, la dépression agitée, la manie improductive, ne paraissent pas encore permettre de répondre à cette question. « Avant de chercher à établir le diagnostic différentiel de la phrénose maniaco-dépressive avec les autres processus morbides, il faut voir jusqu'à quel point ce complexe de doctrines diagnostiques répond à l'épreuve de la pratique psychiatrique. »

XI. — *Le degré d'alcalinité du sang dans la phrénose pellagreuse*; par le D<sup>r</sup> L. Cappelletti (fasc. IV). — Recherches portant sur vingt sujets, d'après la méthode de Lombrazi, et conduisant aux conclusions suivantes :

L'alcalescence du sang est toujours inférieure à la moyenne normale et diminue d'autant plus que l'intoxication est plus grave, sans paraître influencée par les conditions individuelles d'activité motrice, de mauvaise digestion, etc.

L'alcalescence remonte avec l'amélioration physique et psychique du malade, elle baisse avec les états d'aggravation même transitoire.

Dans les cas où l'abaissement extrême du degré de l'alcalescence tend à se maintenir, la maladie est de longue durée ou conduit à la démence.

Il est donc permis d'admettre que, dans beaucoup de cas, la mesure du degré alcalimétrique du sang des pellagres peut être un appoint utile pour établir plus sûrement un jugement pronostique.

ANNÉE 1900.

I. — *Considérations sur un cas de psychose consécutive à un traumatisme de la tête*; par le D<sup>r</sup> Alb. Vedrani (fasc. I et II). — Observation détaillée, et suivie pendant de longues années : chez un homme bien équilibré, robuste, sans hérédité, traumatisme violent du côté gauche suivie de perte de connaissance pendant un quart d'heure; puis installation progressive d'un état neurasthénique allant jusqu'à la tentative de suicide (un an après l'accident). Période de trois ans avec amélioration progressive. A la suite d'un chagrin domestique rechute, état mélancolique, idées de négation, diplopie et bourdonne-

ments à gauche, trémulations épileptoïdes commençant du côté droit; période d'abolition du goût, de l'odorat. Rémission et réintégration de la personnalité pendant deux années. Enfin récurrence de tous les symptômes précédents et mort. L'auteur conclut très justement qu'il y a lieu d'être réservé dans le pronostic de pareils cas, qu'il faut observer les malades longtemps, très longtemps, pour être autorisé à qualifier « guérisons spontanées ou chirurgicales » des états qui ne sont trop souvent que des états de rémission passagère.

II. — *Au sujet du diagnostic et du pronostic des maladies mentales*; par le D<sup>r</sup> Alb. Vedrani (fasc. I et II). — Suite de considérations critiques sur la question de la « Folie maniaco-dépressive » de Kræpelin. Comme le fait très justement remarquer l'auteur au cours d'une série d'observations cliniques, l'important n'est pas seulement de savoir s'il y a lieu d'admettre une nouvelle *entité morbide* qui, pour certains, serait difficile à fixer en raison de ses modalités, de ses formes intermédiaires plus ou moins fréquentes. Discute-t-on la réalité de l'épilepsie sous prétexte que parmi les épileptiques, les uns présentent des accès convulsifs quotidiens, tandis que les autres ne tombent qu'une fois par an? L'important est surtout de reconnaître si la description clinique magistralement exposée par Kræpelin avec le critérium du ralentissement psycho-moteur s'applique bien à un groupe psychopathique spécial. « Attendons la lumière du temps » pour répondre sûrement à cette question, puisque la valeur diagnostique et pronostique de la maladie de Kræpelin ne peut être appréciée que par l'observation de toute l'existence clinique des malades. Le D<sup>r</sup> Vedrani rapporte une observation courte, mais bien intéressante, qui justifie bien son opinion sur la « lumière du temps » et vient à l'appui des idées de Kræpelin. En fouillant des archives cliniques il trouva qu'une de ses malades avait, trente-cinq ans auparavant, été traitée, pendant quatre mois pour un état de dépression dont la description répondait à celle de Kræpelin; et il conclut par cette réflexion: « Le médecin qui la traita en 1865 aurait pu, s'appuyant sur le signe de ralentissement psycho-moteur, diagnostiquer la *Folie maniaco-dépressive*, établir un pronostic favorable de l'accès, et admettre la probabilité d'autres accès futurs de forme identique ou maniaque ou mixte; et l'avenir lui aurait donné raison. »

II. — *Sur les quartiers dits « d'observation »*; par le D<sup>r</sup> Jacopo Finzi (fasc. I et II). — S'appuyant sur ce qui a

été dit et fait dans les établissements d'aliénés des différents pays d'Europe, et fort de son expérience personnelle, le D<sup>r</sup> Finzi formule les opinions suivantes :

1° Le *quartier d'observation* n'a pas de raison d'être, sinon comme établissement indépendant ;

2° Dans les établissements d'aliénés, les fonctions d'admission, d'observation et de surveillance, se fusionnent facilement au point de vue technique dans les quartiers de surveillance ;

3° Ces quartiers de surveillance présentent naturellement leur plus grand développement dans les cliniques, les manicomies urbains, et les instituts que nous appelons « quartiers d'observation », et le moindre développement dans les grands asiles d'aliénés ;

4° Si le quartier d'observation fait partie d'un asile, ses fonctions sont incompatibles avec les fonctions d'une clinique psychiatrique ; si le quartier d'observation est dans un asile urbain ou quelque chose de semblable, sur le type du quartier d'observation de Venise, alors les fonctions peuvent se confondre ;

4° Le quartier d'observation proprement dit représente une acquisition de progrès qui devrait exister dans les grosses communes. Qu'il soit ou non organisé dans un asile urbain ou dans une clinique psychiatrique, il doit toujours avoir comme conditions : grandes facilités et simplifications pour les admissions et les sorties, traitement prédominant sur la garde, durée du séjour relativement courte, réduction des formalités d'admission, adjonction de laboratoires scientifiques.

IV. — *De la clinothérapie dans les maladies mentales* ; par le D<sup>r</sup> Giuseppe Tonoli (fasc. I et II). — Ce travail a été analysé dans les *Annales* par M. le D<sup>r</sup> Nicoulau (V. numéro de mars-avril 1903, p. 326).

V. — *La sérothérapie physiologique dans la pratique psychiatrique* ; par le D<sup>r</sup> Ruggiero Lambrozi (fasc. III). — D'après l'expérience de l'auteur portant sur un assez grand nombre d'observations de folie pellagreuse, de folie maniaco-dépressive et d'épilepsie, et la comparaison qu'il établit entre les résultats obtenus par lui et par les aliénistes qui l'ont précédé dans la voie de la sérothérapie, on peut conclure que :

L'emploi de la sérothérapie physiologique dans les états psychopathiques dus à une intoxication exogène ou endogène ou à une infection est rationnel, mais les résultats curatifs ne sont pas supérieurs à ceux des autres moyens thérapeutiques usités.

Les effets utiles produits par la sérothérapie sur la courbe fébrile, sur les appareils cardio-vasculaire et respiratoire et sur les émonctoires sont inconstants ; leur production ou non ne donne pas d'indication pronostique.

Les effets de ce traitement sur l'appareil gastro-intestinal sont moins inconstants et plus efficaces, ainsi que le prouve la diminution ou la disparition de la sitiophobie.

Son action sur les conditions physiques générales est très variable selon les individus, indépendamment de la gravité du mal ; elle est nulle sur l'état psychique.

VI. — *Paralysie générale consécutive à un traumatisme de la tête* ; par le D<sup>r</sup> A. Lui (fasc. III). — Description d'un cas de paralysie générale que les signes classiques et anatomo-pathologiques permettent de considérer comme certain et qui ne peut reconnaître d'autre cause qu'un violent traumatisme de la région frontale.

VII. — *Contribution à l'étude de la péritonite hystérique* ; par le D<sup>r</sup> Ercole Cruciani (fasc. IV). — Observation d'un état présentant tous les signes principaux de la péritonite aiguë et guéri presque subitement sans qu'il ait été possible d'établir un diagnostic différentiel au cours des accidents.

## ANNÉE 1901.

I. — *L'hédonal comme hypnotique chez les aliénés* ; par le D<sup>r</sup> Ant. d'Ormea (fasc. I et II). — Ce travail a été analysé par M. Charon dans les *Annales* de mars 1902 (p. 334).

II. — *Sur le temps des accès épileptiques* ; par le D<sup>r</sup> L. Lambranzi (fasc. I et II). — L'observation de treize malades suivis pendant deux mois, de six autres malades suivis pendant un mois, tous placés dans les mêmes conditions de milieu, avec un total de 191 accès convulsifs, conduit aux conclusions suivantes :

Chez les épileptiques qui ont des accès pendant la veille et pendant le sommeil, le nombre des premiers est supérieur à celui des seconds, et les accès pendant la veille sont notablement plus nombreux pendant la première partie du jour.

Il ne semble pas qu'aucune heure du jour exerce une influence spéciale sur la production des accès.

Les accès nocturnes semblent être un peu plus nombreux dans la première moitié de la nuit.

Ils se manifestent avec une plus grande fréquence pendant



deux périodes, la première correspondant aux deux premières heures du sommeil, la deuxième aux sixième et septième heures du sommeil.

III. — *Un cas de double suicide transformé en homicide avec tentative de suicide*; par le D<sup>r</sup> L. Tambroni (fasc. I et II). — Deux amants contrariés dans leur amour par la menace d'une séparation sont amenés à se suicider de la façon suivante: La jeune fille forte, intelligente, résolue, ayant une grande autorité sur son partenaire un peu débile et aboulique, propose nettement au jeune homme de « mourir ensemble », et de suite elle passe à l'acte, court dans une chambre voisine chercher un couteau, le met dans la main du jeune homme et lui ordonne de frapper. L'amant subjugué frappe la jeune fille lui tranche la carotide, puis tourne l'arme contre lui-même ne se faisant qu'une légère blessure. Le D<sup>r</sup> T..., appelé à se prononcer sur ce cas à titre d'expert, témoigne devant les juges, d'accord avec les témoins du drame, que le jeune homme n'a rempli qu'un rôle de succube, étant dominé et suggestionné par son amante. L'un n'a été qu'un instrument, l'autre la tête, la volonté qui a agi.

Chose qui nous semble un peu nouvelle dans les cas de cette espèce, le tribunal accepte complètement la thèse du médecin expert, conclut à l'irresponsabilité complète du jeune homme et l'acquitte.

IV. — *Un pseudo-délinquant passionnel*; par le D<sup>r</sup> L. Capelletti (fasc. III et IV). — Un jeune homme chargé d'une lourde tare héréditaire est après une année de liaison abandonné par son amante. Explications, refus, colère, menaces se succèdent dans l'ordre habituel et sont suivis de cinq coups de revolver avec mort de la jeune fille. Le meurtrier va se constituer prisonnier, racontant en route les détails de son crime et sa genèse. En prison, il présente deux accès de fureur qui nécessitent la camisole de force et le font colloquer au manicomme de Ferrare. Le médecin aliéniste chargé de l'examiner conclut après une observation de deux mois qu'il n'est ni aliéné, ni criminel né, ni épileptique, que l'homicide dont il est accusé est un crime passionnel et que sa responsabilité est seulement diminuée du fait de l'excitation passionnelle.

Réintégré en prison, le meurtrier manifeste un accès de désordre mental qui incite le directeur de la prison à demander un nouvel examen médical. Cet examen est pratiqué au manicomme criminel où l'inculpé présente plusieurs accès d'épilepsie

qui conduisent le médecin aliéniste à admettre qu'il ne s'agit pas de crime passionnel, mais de paroxysme épileptique, d'un accès d'épilepsie psychique.

Le Dr Cappelletti à la suite de ces résultats contradictoires, refait l'analyse critique du cas. Il conclut que le crime n'est pas purement passionnel, parce qu'il relève d'autres influences que l'excitation passionnelle (tendance morbide, tare congénitale), qu'il n'est pas lié à l'épilepsie (absence des caractères de l'équivalent psychique), mais que l'inculpé est un pseudo-délinquant passionnel. L'auteur insiste sur l'importance de ce diagnostic qui ne laisse pas la porte ouverte à l'irresponsabilité absolue.

V. — *Sur quelques points de technique manicomiale* ; par le Dr A. Lui (fasc. III et IV). — L'auteur passe en revue les différentes opinions qui ont été émises dans ces dernières années, tant dans les congrès que dans les revues, au sujet de l'organisation des asiles et du traitement des aliénés. Il apprécie « comme un trésor précieux tout ce que la science conseille et l'expérience sanctionne » ; mais il incline à croire, tout en se défendant de misonéisme, que d'une façon générale les idées modernes comportent une trop grande part de théorie et de système et qu'il ne faudrait pas oublier cette opinion de Parchappe, toujours actuelle, que l'asile d'aliénés, dans son caractère de traitement et d'assistance, reste lié à des intérêts économiques : « Il est juste, dit le Dr Lui, qu'au delà d'une certaine limite, on ne sacrifie pas pour des invalides, des mutilés, des retranchés de la lutte pour l'existence, un excès de ressources qui pourraient être mieux employées au profit des forces actives et des œuvres prophylactiques. »

R. CHARON.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Conférences faites au personnel de l'asile de Bassens sur les soins à donner aux aliénés*; par le Dr Levet, médecin-adjoint. Broch. in-12. Chambéry, 1903.

« A l'époque, déjà lointaine, où les asiles étaient des sortes de *garderies* », les qualités morales de douceur, de patience, de calme énergie étaient les seules qu'on pût exiger d'un bon gardien; elles sont encore et resteront toujours primordiales: elles ne sont plus suffisantes. « Au gardien des antiques asiles s'est substitué l'infirmier qui doit ou devrait seul exister dans les asiles actuels. » Or, « ce qui caractérise surtout l'infirmier et le distingue du gardien, c'est qu'il possède un métier », entendez par là « un ensemble de connaissances telles que le premier venu ne peut le remplacer ». Ce sont ces connaissances professionnelles que M. Levet s'est efforcé d'inculquer au personnel de l'asile de Bassens en une série de conférences dont il publie aujourd'hui le résumé.

Après quelques recommandations d'ordre général sur la discrétion professionnelle, sur l'esprit d'observation, sur l'attitude et la conduite à tenir vis-à-vis des aliénés, M. Levet analyse brièvement, en leurs parties essentielles, la loi de 1838 et le règlement du 20 mars 1857. Avec de plus amples détails, il étudie ensuite la disposition et le fonctionnement général d'un asile d'aliénés: d'abord, de l'asile « tel que le réclame la science moderne », c'est-à-dire qui aura été construit en vue de l'application du non-restreint, de l'alitement, de l'*open-door*; puis, de l'asile tel qu'il est, instrument ancien, défectueux, que le médecin ne saurait adapter à des besoins nouveaux sans le concours intelligent et dévoué de l'infirmier. Dans cet asile, où entrent et sont traitées toutes les formes de l'aliénation, tous les quartiers présentent le même agencement général; mais chacun a sa physionomie propre, et le service y prête à des considérations particulières; successivement, M. Levet passe en revue, sous ce rapport: l'infirmerie, les quartiers dits de

tranquilles, d'épileptiques, de gâteux, et le quartier de surveillance ou des agités, « l'enfer de l'asile actuel ».

Comme on voit, le programme est vaste et comporte des notions étendues. M. Levet a réussi à le condenser en quelques pages claires, substantielles, écrites en un style simple et sans prétention.

GEORGES VERNET.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— *Eléments d'anatomie et de physiologie générales. Les Tissus* ; par Oscar Hertwig. Traduit de l'allemand par Charles Julin. 1 vol. in-8°, de 428 pages, avec figures. Paris, C. Naud, 1903.

— Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). Rapport médical pour l'année 1901 ; par le Dr Lwoff, médecin-directeur. 74 pages in-4°. Montévrain, 1902.

— Rückenmarksbefund bei Muskelfdefecten ; par le prof. H. Obersteiner. 8 pages in-8°. Extrait de la *Wiener klinischen Rundschau*, 1902, n° 16.

— L'hypnotisme et la suggestion ; par le prof. Grasset. 1 vol. in-18 (534 pages) de la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, Octave Doin, 1903.

— Psicoterapia ; par le Dr G. Portigliotti. 307 pages in-18, Milan, Ulrico Hoepli, 1903.

— Ueber Psychosen in unmittelbarem Anschlusse an die Verheiratung (nuptiales Irresein) ; par le prof. H. Obersteiner. 13 pages in-8°. Extrait des *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, 1902.

— Zur Pathologie der Bekanntheitsgefühls (Bekanntheitsqualität) ; par le prof. A. Pick. 6 pages in-8°. Extrait du *Neurologisches Centralblatt*, 1903, n° 1.

— Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken ; par le prof. H. Pfister. 39 pages in-8°. Halle-a-S., Carl Marhold, 1903.

— Les aliénés au Canada ; par le Dr E. P. Chagnon. 7 pages in-12. Extrait de la *Revue médicale du Canada*, 1902.

— Die Variationen in der Lagerung der Pyramidenbahnen ; par le prof. H. Obersteiner. 11 pages in-8°. Extrait des *Arbeiten aus dem neurologischen Institute an der Wiener Universität*, 1902.

— Madame de Rambouillet et sa famille. Etude médico-psychologique; par le D<sup>r</sup> A. Cullerre. 19 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, janvier 1903.

— La convalescence des aliénés. Rapport du D<sup>r</sup> Legrain, et discussion au Conseil supérieur de l'assistance publique. 290 pages in-4°. Melun, imprimerie administrative, s. d.

— Die Privatirrenanstalten; par le prof. H. Obersteiner. 3 pages in-8°. Extrait des *Oestr. Wohlfahrtseinrichtungen*, s. d.

— Suggestion musicale; par Paul Paillotte. 15 pages in-8°. Paris, Tricolet et Cordesse, 1903.

— Die Behandlung der progressiven Paralyse sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen; par le D<sup>r</sup> Julius Donath, de Budapest. 5 pages in-8°. Extrait de *Deutschen medicinischen Wochenschrift*, 1903, n° 6.

— Chirurgie des aliénés. Recueil de travaux publiés sous la direction des D<sup>rs</sup> Lucien Picqué et Jules Dagonet. Tome II. Année 1902. 1 vol. in-8° de 524 pages. Paris. Masson et C<sup>ie</sup>, 1903.

— Modifications de la sonde œsophagienne pour le cathétérisme de l'estomac en général et le gavage des aliénés en particulier; par le D<sup>r</sup> Serrigny, de Marsens. 10 pages in-8°. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 janvier 1903.

— The eleventh annual report of the Sheppard and Enoch Pratt hospital for mental and nervous diseases. 34 pages in-8° avec planches, s. l. n. d.

— Hystéro-Epilepsie, durch Spiritismus heworgerufen; par le D<sup>r</sup> Julius Donath, de Budapest. 6 pages in-8°. Extrait de *Wiener medicinischen Wochenschrift*, 1903, n° 2.

— Les obsessions et la psychasthénie; par les prof. F. Raymond et Pierre Janet. Tome II. Fragments de leçons cliniques du mardi sur les états neurasthéniques, les aboulies, etc. 1 vol. in-8° de 543 pages. Paris, Félix Alcan, 1903.

— Reports of the trustees and superintendent of the Butler hospital, presented to the corporation at its fifty-ninth annual meeting, januar 28, 1903, Providence, R. I. 43 pages in-8° avec planches. Providence, 1903.

— L'état mental d'un escroc féminin et d'un assassin voleur. Deux cas de folie, l'une alléguée, l'autre simulée; par le D<sup>r</sup> Samuel Garnier. 49 pages in-8°. Dijon, imprimerie Jacquot et Floret, 1903.

— Tent life for the tuberculous insane; par le D<sup>r</sup> C. Floyd Haviland. 9 pages in-8° avec planches. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1902.

— Ueber die Wirkungen der Castration; par le D<sup>r</sup> F.-J. Möbius, de Leipzig. 99 pages in-8°. Halle, a. d. S., Carl Marhold, 1903.

— Contributo alla psicologia dei dementi precoci; par le Dr Giuseppe Muggia. 22 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1903.

— Tent life for the demented and uncleanly; par le Dr Arthur B. Wright. 4 pages in-8° avec planche. Extrait de l'*American journal of insanity*, 1902.

— De la situation des médecins des asiles d'aliénés en Allemagne; par le Dr J. Christian. 16 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mars 1903.

— Twenty-first annual report of the state hospital for the insane at Warren, Pennsylvania, for the year ending november 30 th., 1902. 94 pages in-8° avec planches. Erie, Pa., 1903.

— Twenty-third annual report of the state hospital for the insane S. E. district of Pennsylvania, Norristown, Pa., for the year ending september 30, 1902. 86 pages in-8° avec planches. The hospital printing office, 1902.

— Des obsessions et impulsions (syndromes épisodiques chez les dégénérés); par le Dr Soutzo fils, de Bucarest, 23 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1903, n° 86.

— Compte rendu du Cinquantenaire de la Société médico-psychologique (en langue allemande); par L. 4 pages in-8°. Extrait de l'*Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*, 1903, n° 1 et 2.

— Proceedings of the American medico-psychological Association at the fifty-eighth annual meeting held in Montreal, Que., June 17-20, 1902. 1 vol. in-8° de 333 pages, cart. à l'anglaise, 1902.

— La paralysie générale tabétique; par le prof. Joffroy. 15 pages in-8°. Extrait de la *Médecine moderne*, numéro du 4 février 1903.

— Contribution à l'étude des folies par contagion; par le Dr Georges Carrier. 26 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1903, n° 86.

— Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes; par le Dr F.-J. Möbius, 5° édit. 123 pages in-8°. Halle, a. d. S., Carl Marhold, 1903.

— Des différentes modalités de l'association hystéro-neurasthénique; formes associées et dissociées; par le Dr G. Masse, médecin de l'armée coloniale. 55 pages in-8°. Bordeaux, 1903.

— Hypnotisme, suggestion, psychothérapie, avec considérations nouvelles sur l'hystérie; par le prof. Bernheim, 2° édit. revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8° de 690 pages. Paris. Octave Doin, 1903.

— De l'auto-représentation chez les hystériques; par le Dr Adolphe Bain. 157 pages in-12. Paris. Vigot frères, 1903.

---

# VARIÉTÉS

---

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de septembre 1903* : M. le D<sup>r</sup> MEILHON, directeur-médecin de l'asile de Quimper (Finistère), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7.000 francs), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> septembre 1903 ;

M. le D<sup>r</sup> GIMBAL, déclaré admissible au concours d'adjuvat (novembre 1902), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Prémontré (Aisne), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Parant, mis en disponibilité sur sa demande.

## NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> THÉOPHILE ROUSSEL. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Théophile Roussel, sénateur de la Lozère, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, décédé le 27 septembre dernier, dans sa quatre-vingt-huitième année, en son château d'Orfeuillettes, près Saint-Chély-d'Apcher.

Théophile-Victor-Jean-Baptiste Roussel naquit dans cette même petite commune de Saint-Chély-d'Apches (Lozère), le 28 juillet 1816. Il fit ses études médicales à Paris, se présenta à l'internat des hôpitaux et fut reçu à la promotion du 23 décembre 1840, le vingt-deuxième sur vingt-sept.

Docteur en médecine en 1845, il se présenta deux ans après à l'agrégation en médecine, avec une thèse intitulée : *De la valeur des signes physiques dans les maladies de cœur* ; il fut nommé et, en même temps, fut chargé par le ministre de l'Agriculture, d'étudier la pellagre qui sévissait dans le sud-ouest de la France ; il rédigea sur les résultats de sa mission un important mémoire qui est demeuré inédit, mais dont il utilisa les matériaux pour son *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*, qui fut publié en 1866 et obtint un prix de l'Académie des sciences.

Dès 1849, il aborda la politique ; ses compatriotes de la Lozère le choisirent pour leur représentant à l'Assemblée légis-

lative. Il y fut ce qu'il devait être toute sa vie, un républicain. Il vota presque constamment contre les mesures proposées par le prince-président ou par la majorité. Déjà, d'ailleurs, les questions sociales : assistance publique, logements insalubres, etc., le préoccupaient surtout. Après le Coup d'Etat, pendant l'Empire, il abandonne la vie publique, d'où la liberté avait disparu. Il pratique son art de la médecine, il défend les intérêts de son département. Il accepte le mandat de conseiller général de Mende et la présidence de la Société d'agriculture de la Lozère.

La République restaurée, M. Théophile Roussel redevient représentant du peuple. A l'Assemblée nationale (1871), il siège parmi les députés de la gauche, soutient la politique de M. Thiers, se déclare contre le duc de Broglie, se prononce, dans une lettre publiée à la fin d'octobre 1873, contre les projets de restauration. Il vota l'amendement Wallon et l'ensemble des lois constitutionnelles de 1875. Toujours attiré par les questions sociales, il avait pris l'initiative d'un projet de loi sur la répression de l'ivresse publique (16 février 1872), et, en 1873, d'un second projet sur les nourrissons, propositions qui furent votées ; la même année, il était intervenu dans la discussion relative au travail des enfants. Il avait été élu président du conseil général de la Lozère. En janvier 1876, il échoua aux élections sénatoriales, mais il fut nommé, le mois suivant, député, dans l'arrondissement de Florac. L'un des 363, il fut réélu, en octobre 1877 : il se porta de nouveau au Sénat, dans la Lozère, le 5 janvier 1888 et, cette fois, réussit. Il avait été réélu en 1897.

Le titre de gloire de M. Théophile Roussel, comme législateur, est d'avoir fait voter deux lois très importantes sur la protection des enfants. Frappé de la diminution de la natalité française, de l'arrêt du mouvement ascensionnel de notre population, et, d'autre part, de l'accroissement continu de la criminalité juvénile, il était arrivé, selon ses propres expressions, à « considérer les questions relatives au sort de l'enfance malheureuse, abandonnée, délaissée ou maltraitée, comme étant d'un intérêt social de premier ordre et réclamant des mesures urgentes et d'importance capitale pour l'avenir de notre démocratie ». Il n'est pas douteux, comme il le disait lui-même, « que le vote de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge mis en *nourrice, en sevrage ou en garde*, et à partir de 1879, les travaux préparatoires et les discussions au Sénat de la loi dont le vote définitif par la Chambre des députés a fait la loi du 2 juillet 1889 sur la *Protection des enfants* moralement abandonnés ou maltraités, ont, en ouvrant l'ère des améliorations et des réformes, donné une



impulsion sérieuse à ce mouvement des esprits ». Or, ces deux lois sont l'œuvre de M. Théophile Roussel.

Il avait d'ailleurs été président de la Société protectrice de l'enfance.

Mais l'œuvre capitale de Théophile Roussel, c'est incontestablement l'enquête sur l'assistance privée et sur l'assistance publique, ordonnée par le Sénat en 1881 et dont il fut le rapporteur. Le volumineux rapport qu'il a rédigé à la suite de cette enquête est une source inépuisable de documents précieux pour tous ceux qui étudient cette question.

M. Théophile Roussel, le premier, y avait annoncé les graves difficultés dans lesquelles l'Etat se débat aujourd'hui pour avoir abandonné à d'autres mains que les siennes propres le soin des pauvres, des orphelins et des malades.

En mars 1881, le Gouvernement institua une commission extra-parlementaire chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés. Les travaux de cette commission servirent de base à un projet de loi que le Gouvernement présenta au Sénat le 25 novembre 1882. Ce projet de loi fut renvoyé à une commission dont M. Théophile Roussel fut nommé rapporteur. Le rapport de notre éminent confrère fut déposé à la séance du 20 mai 1884. Nous n'avons pas à faire l'éloge de ce travail considérable qui est entre les mains de tous les aliénistes ; véritable œuvre de bénédictin, il contient des documents de la plus haute valeur ; écrit dans un style clair et précis, il est inspiré par un souci très élevé d'améliorer le sort des malheureux confiés à nos soins, en même temps que par la vive préoccupation de concilier les intérêts de la sécurité publique et ceux de la liberté individuelle.

Plus de deux années devaient se passer avant que ce rapport vînt en discussion. La première délibération commença au Sénat, le 25 novembre 1886, et occupa dix séances ; elle a été admirablement résumée par le regretté D<sup>r</sup> Baume dans la chronique du numéro de janvier 1887 des *Annales*. Le projet de loi vint en seconde lecture en février et fut définitivement voté le 11 mars 1887. Portée aussitôt à la Chambre des députés, cette nouvelle loi sur les aliénés y attend, depuis plus de seize ans, l'honneur d'une discussion publique.

Au Congrès international de médecine mentale de 1889 dont il fut élu vice-président, M. Th. Roussel résuma l'œuvre qu'il venait d'accomplir, et la considérant comme perfectible, il faisait appel, pour la perfectionner, aux discussions de la Société médico-psychologique et des Congrès annuels des médecins aliénistes. Ce conseil fut suivi : bien des points de la législation des aliénés furent débattus dans notre Société ainsi que

dans nos Congrès annuels et éclairés d'un nouveau jour.

La Société médico-psychologique, reconnaissante des services rendus par M. Th. Roussel à notre spécialité, le nomma membre titulaire, à l'unanimité des voix, dans sa séance du 25 novembre 1889 ; elle l'élut son président pour l'année 1893. C'est en cette qualité qu'il fut appelé à présider les travaux de la session de Blois de nos Congrès annuels. En 1891, M. Théophile Roussel, qui faisait partie de l'Académie de médecine (session d'hygiène et de médecine légale), fut élu membre titulaire de l'Académie des sciences morales et politiques ; nommé vice-président cette année, il devait présider aux travaux de la savante compagnie durant l'année 1904.

En reconnaissance de l'œuvre humanitaire de M. Théophile Roussel, ses amis et les pouvoirs publics célébrèrent solennellement son jubilé, le 20 décembre 1896, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Barthou, ministre de l'Intérieur. Une délégation de l'Institut y assistait. Le ministre remit au philanthrope, avec la médaille d'or de l'Assistance publique, une plaquette en argent gravée, offerte par le service d'inspection des enfants du premier âge de la Seine, et qui portait l'inscription : « Pour la France. » M. Brousse, vice-président du Conseil municipal, et M. Gervais, président du Conseil général, lui remirent également deux grandes médailles d'or.

« S'il m'était permis de chercher à cette fête son vrai nom, dit dans son remerciement M. Théophile Roussel, je l'appellerais la fête de l'enfance malheureuse. »

La Société médico-psychologique tint à honneur de prendre part à cette solennité ; elle y délégua son bureau, chargé de déposer une adresse en son nom. Cette adresse fut lue à notre séance de lundi 28 décembre, en présence de M. Th. Roussel ; des applaudissements unanimes et répétés prouvèrent en quelle haute estime nous tenions son caractère, sa science, son dévouement aux faibles et aux malheureux. A ces manifestations d'une sincère admiration et d'une profonde vénération, notre illustre collègue répondit, avec une charmante bonhomie : « Depuis quelques jours je me découvre des vertus et des qualités que j'ignorais. A force d'entendre prononcer mon éloge, je finis par m'imaginer que j'assiste à mes obsèques. »

M. Th. Roussel devait survivre près de sept ans à ce jubilé, à cette solennité publique, qui fut la juste récompense d'une longue existence dévouée toute entière à la pratique du bien et à la recherche du vrai. Plus heureux que d'autres, il eut la joie de connaître les résultats bienfaisants de ses efforts et de constater que sa vie, toute de labeur, avait été vraiment utile à ses semblables. Arrivé à l'extrême limite de la vieillesse, s'il a

fait un retour en arrière, il eut le droit d'être fier de son œuvre, que ses contemporains ont admirée et récompensée, que la postérité, elle aussi, admirera et continuera.

D<sup>r</sup> ALBERT REGNARD. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Albert Regnard, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, décédé à Paris le 27 septembre dans sa soixanté-huitième année.

Adrien-Albert Regnard naquit à la Charité (Nièvre), le 20 mars 1836. Il fit ses études médicales à Paris et fut nommé interne des hôpitaux, de la promotion du 26 décembre 1863, le 21<sup>me</sup> sur 35. Interne de Baillarger à la Salpêtrière, il acquit dans le commerce journalier avec ce maître éminent, des connaissances très étendues en médecine mentale. Sous son inspiration il publia, dans les *Annales* (numéro de janvier 1865), un mémoire des plus intéressants *sur une nouvelle lésion dans la paralysie générale*; il s'agit de cette « altération caractérisée par l'induration superficielle de la substance blanche des lobes antérieurs du cerveau ».

Mais Regnard, esprit à tendances encyclopédiques, se sentait attiré vers les idées générales. Dans cette lutte des doctrines philosophiques, si remarquable à bien des égards, de la fin du second Empire, il prit parti avec cette ardeur combative qui semblait, à cette époque du moins, comme le trait distinctif de son caractère. Il se lança courageusement dans l'arène en s'inspirant des doctrines du matérialisme scientifique. C'est à cette période de sa vie que sont dus et ses *Essais d'histoire et de critique scientifiques à propos des conférences de la Faculté de médecine* (Paris, 1865), et la fondation de la *Revue encyclopédique* (1866), dont il écrivit le programme, mais qui fut interdite après son premier numéro, et ses articles du journal *la Libre Pensée*, qu'il fonda avec quelques-uns de ses amis, où il inséra des articles qui lui valurent quatre mois de prison.

À la suite du Congrès des étudiants qui se tint à Liège en 1865 et où il était allé défendre ses doctrines, il fut expulsé de l'Université et des hôpitaux; aussi ne fût-ce qu'en 1868 qu'il put soutenir sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ce travail inaugural intitulé: *Nouvelles recherches sur la congestion cérébrale*, est une œuvre des plus remarquables; elle valut à son auteur les vives félicitations de ses juges et une récompense justifiée.

Ce n'est pas le lieu de raconter ici, encore moins d'apprécier, son rôle dans les événements de l'année terrible. Rappelons seulement que, réfugié à Londres jusqu'à l'amnistie en 1880, il y vécut de sa profession et de leçons de français; en même

temps il devint un des correspondants ordinaires de la revue russe, « Le Messager de l'Europe », dans laquelle il publia une série d'études des plus intéressantes sur le mouvement littéraire en France et en Angleterre.

Nommé le 21 mars 1883 inspecteur général des établissements de bienfaisance, Regnard sut apporter dans ces nouvelles fonctions beaucoup de tact et une grande bienveillance. En maintes circonstances, il prit en main les intérêts de nos collègues des asiles, et eut l'heureuse satisfaction de leur faire rendre justice.

D'une très grande activité intellectuelle, Regnard ne se laissa pas complètement absorber par ses fonctions administratives ; il trouva le moyen de faire sa part à l'étude. Esprit abondamment nourri en tous genres : histoire, littérature, philosophie, linguistique, arts, etc., il abordait volontiers les sujets les plus divers. C'est ainsi qu'on lui doit une *Histoire de l'Angleterre contemporaine* (Paris, 1882) ; *La Renaissance du drame lyrique, Essai de dramaturgie musicale* (Paris, 1895) ; *L'Etat, ses origines, sa nature et son but* (Paris 1885) ; une nouvelle traduction du célèbre ouvrage du professeur L. Büchner, *Force et matière* (Paris 1894), etc.

Notre savant confrère s'intéressa d'une façon spéciale aux questions d'assistance, qu'il considérait comme capitales à notre époque. De là toute une série de travaux qui, à tous égards, méritent d'être consultés : *Du droit à l'assistance, ou dans quelle mesure l'assistance publique doit-elle être obligatoire* (2<sup>e</sup> édit., Paris, 1901) ; *De la mortalité dans les hôpitaux de province et de la nécessité d'une réforme radicale de l'assistance publique* (Paris, 1886) ; *De la suppression des délits de vagabondage et de mendicité* (Paris, 1898) ; et enfin, *Contribution à l'histoire de l'enseignement des sourds-muets* (Paris, 1902).

Dans ces dernières années, Regnard revenait volontiers à ces études médico-psychologiques qui l'avaient tant passionné dans sa jeunesse ; il s'intéressait aux publications nouvelles sur la médecine mentale et en appréciait les tendances avec un grand esprit philosophique. Il fut amené ainsi à juger les célèbres théories de Lombroso sur la soi-disant analogie de la folie et du génie ; il la considérait comme un paradoxe. Il lui semblait peu digne de rabaisser ainsi au niveau des fous les grands hommes, ces héros de l'Humanité, à qui nous devons ce que nous sommes et ce que nous savons. Ce paradoxe, il voulut le réfuter et publier sa réfutation dans les *Annales* où avait paru son premier travail scientifique. Nos lecteurs ont lu cette œuvre d'une érudition étendue, écrite de verve et qui forme la contre-partie la plus heureuse de l'œuvre de Lombroso.

Regnard, qui fut une intelligence rare, possédait aussi de hautes qualités de cœur, qu'ont su apprécier ceux qui eurent le plaisir d'être de son intimité. On le savait inflexible en ses principes; mais cette inflexibilité n'altérait en rien un grand fond de bienveillance. Il était heureux de rendre service et ne s'occupait jamais des opinions de ceux qui venaient le solliciter, car il avait un grand souci d'impartialité et de justice. Le nombre de ceux qu'il a obligés est assez grand pour qu'il ait trouvé des ingrats.

Depuis plusieurs mois, notre savant confrère qui était de constitution robuste, se sentait gravement atteint d'une affection cardiaque; il ne se faisait aucune illusion sur son état. Avec un stoïcisme rare, il regarda la mort en face; sachant qu'elle pouvait l'emporter d'un moment à l'autre, il ne voulait rien laisser au hasard. Il écrivit ces dernières volontés jusque dans leurs moindres détails, et ne sembla rasséréné que lorsque fut terminée cette tâche suprême. Quel bel exemple d'impassibilité devant la mort et de stoïque fermeté! — A. R.

AUG. OTT. — On pouvait lire dans un récent numéro du *Temps* (numéro du 10 novembre 1903), le fait divers suivant :

« *Le legs Ott.* — M. Auguste Ott, qui vient de mourir à Paris, a fait par testament les dispositions suivantes :

« Je lègue à la Chambre consultative des associations ouvrières de production, la somme de 70.000 francs pour faire des prêts et avances aux associations ouvrières de production et contribuer autant que possible, par tous les moyens légaux, à la prospérité et au développement de ces associations. »

D'autre part, M. Ott lègue à la Ville de Paris sa bibliothèque, ainsi que les papiers et manuscrits de Buchez, président de l'Assemblée constituante de 1848.

Ott, dont il est question dans cet entrefilet de journal, et qui vient de mourir, était des nôtres; mais depuis longtemps, il s'était retiré du monde. Nous le croyions même disparu, puisqu'il avait été effacé de la liste des membres honoraires de la Société médico-psychologique dont il était l'un des fondateurs.

Auguste Ott, dont les générations nouvelles ne connaissent même pas le nom, fut cependant un écrivain et un penseur distingué, dont les nombreuses publications furent très appréciées. Né à Strasbourg en 1814, il avait fait son droit dans cette ville et fut reçu licencié en 1836; mais il abandonna la carrière du barreau pour s'occuper d'économie politique, de philosophie, d'histoire. S'étant lié avec Buchez, il adopta ses idées sur l'alliance du catholicisme et de la Révolution, et devint son collaborateur assidu dans les diverses publications qu'il fonda sous le règne de Louis-Philippe et durant les pre-

mières années de la Révolution de 1848. Ott a publié en outre de nombreux ouvrages sur l'histoire de la philosophie, sur la politique et l'économie sociale.

Il fut, au début, un membre très actif de la Société médico-psychologique. En 1854, il communiqua un mémoire très étendu, intitulé : *De la folie générale et la folie partielle et des questions médico-légales que soulève l'aliénation*. (V. *Annales*, numéro de juillet 1854.) En 1865, pour honorer la mémoire de son maître Buchez, il vint lire devant ses collègues un travail des plus curieux, qui a pour titre : *La doctrine de Buchez sur le système nerveux et sur les rapports de l'esprit avec l'organisme* (*Id.*, numéro de janvier 1866). Ce sont là des documents qui devront être consultés par ceux qui s'intéressent au mouvement des idées au XIX<sup>e</sup> siècle et, à ce titre, ils méritent de ne pas tomber dans l'oubli.

VŒU DU CONSEIL GÉNÉRAL DU CALVADOS EN FAVEUR DE  
LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT AUX FRAIS D'ENTRETIEN  
DES ALIÉNÉS.

Dans sa dernière session, et à propos de la participation de l'Etat aux frais d'entretien des aliénés, le conseil général du Calvados a émis à l'unanimité un vœu dont la portée dépasse de beaucoup l'intérêt local, et qui ne manquera pas d'éveiller de nombreux échos dans les départements où régnait le privilège des bouilleurs de cru.

Le rapport très documenté présenté au conseil par sa commission des finances tend à établir que l'Etat, puisqu'il perçoit des droits considérables sur la consommation de l'alcool, doit, en bonne justice, supporter tout ou partie des dépenses occasionnées aux départements par l'alcoolisme, qui peuple les asiles d'aliénés et qui remplit les hospices d'enfants infirmes ou abandonnés.

« La population du Calvados, dit le rapport, est très sensiblement répartie : pour un tiers dans les grands centres, pour deux tiers dans les petites localités et les campagnes.

« Il suit de là que, sauf l'intervention de quelque cause étrangère, et en se basant seulement sur la loi du nombre, le nombre des alcooliques provenant des campagnes devrait être sensiblement le double du nombre des alcooliques provenant des villes. Or, c'est le contraire qui est vrai ; le nombre des alcooliques provenant des agglomérations importantes est d'un tiers plus élevé que le nombre des alcooliques provenant des localités rurales.

« Si le nombre des alcooliques est moindre dans les campagnes

que dans les villes, si les cas d'intoxication sont moins graves chez l'aliéné venant de la campagne que chez l'aliéné venant de la ville, c'est que dans nos campagnes, le buveur consomme de l'eau-de-vie de cidre prise chez le bouilleur de cru, c'est-à-dire un produit relativement pur dont la consommation modérée est à peu près inoffensive et dont l'abus détermine des troubles moins graves que ceux produits par les boissons alcooliques vendues aux consommateurs des villes.

« Depuis quelques années, en raison des droits excessifs qui grèvent les eaux-de-vie naturelles, la vente des boissons alcooliques fabriquées avec des alcools industriels a pris dans les villes une grande extension, ainsi qu'en témoignent les recettes des octrois; et c'est là une des causes principales des différences que l'on constate entre les aliénés des villes et ceux des campagnes.

« Mais l'Etat perçoit ses droits sans se préoccuper des conséquences fâcheuses que la vente de ces produits alcooliques peut avoir pour la santé matérielle et morale des masses laborieuses.

« Il suit de là que la perception des droits sur la consommation des liqueurs alcooliques représente une opération dont l'Etat s'est réservé tous les profits, et dont il a laissé au département toutes les charges qui découlent de la consommation de l'alcool. »

Voici le texte et les considérants du vœu adopté par le conseil général :

Considérant que, depuis dix ans, le nombre des aliénés a subi dans le département une augmentation constante, ce qui constitue pour les finances départementales, une aggravation de charges extrêmement lourde ;

Considérant que, pendant cette même période décennale, les droits perçus par l'Etat, sur la consommation de l'alcool dans le Calvados, et notamment sur la consommation des liqueurs alcooliques, telles que : absinthe, apéritifs divers, eaux-de-vie, etc., etc., fabriquées avec des alcools industriels, ont subi une augmentation constante d'environ 100.000 francs par an ;

Considérant enfin que, quelle qu'en soit la cause, l'aliénation est une maladie, et que l'indigent aliéné doit être traité dans les mêmes conditions que tout autre malade indigent :

Le conseil émet le vœu que l'entretien des aliénés rentre dans le cadre des services d'assistance publique subventionnés par l'Etat. (Le *Temps*, numéro du vendredi 4 septembre 1903.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*Suite*).

69. *Homicide*. — On lit dans la *Liberté* (numéro du lundi 29 juin 1903) :

« Le nommé Louis Vignaud, fermier à Romefort, s'est rendu au lieu dit Le Bouleau, à 4 kilomètres de Saintes, et a tué, à coups de planche, dans un accès de folie, une femme de soixante ans, la veuve Bonnin, puis est allé se réfugier dans une mare remplie de boue, à la hauteur de 1 mètre au moins, d'où il refusait de sortir, lançant de la boue et des pierres à tous ceux qui tentaient de l'approcher.

« On put enfin l'appréhender, mais seulement à l'aide d'un lasso qu'on lui jeta autour du cou. Il tenait encore entre ses mains la planche ensanglantée, à laquelle adhéraient des cheveux de sa victime.

« La veuve Bonnin a été trouvée à 50 mètres de son habitation par son fils et sa bru, arrivant des champs. Elle était étendue la face contre terre, le crâne défoncé en deux endroits. Près d'elle, un bout de planche cassé était ensanglanté aussi.

« Des démarches avaient été faites pour interner Vignaud, à l'asile d'aliénés de Lafond, où il devait être conduit incessamment. »

70. *Suicide*. — Il y a quelque temps, un aliéné nommé Ernest Laloy, âgé de vingt ans, s'évadait de l'asile de Bicêtre et allait frapper rue Lacaze, à la porte du logis de sa mère. Celle-ci lui ouvrit. Laloy la cribla de coups de couteau et s'enfuit.

L'aliéné fut arrêté et replacé dans un asile. Sa mère fut transportée à l'hôpital, puis ramenée chez elle, où elle garda le lit.

Avant-hier matin, Laloy s'échappa de nouveau. Il retourna au domicile de sa mère, heurta à la porte. M<sup>me</sup> Laloy souffrait encore de ses blessures, elle était au lit, elle ne put se lever pour ouvrir.

Cette circonstance la sauva, car son misérable fils tenait à la main un couteau pour la tuer.

Laloy, ne pouvant entrer dans le logis de sa mère, se rendit dans un hôtel voisin, où il prit une chambre. Là, il s'enferma et passa sur lui-même sa fureur en se labourant le corps de sept coups de couteau et en se pendant.

Hier, quand l'hôtelier pénétra dans la chambre louée par Laloy, il trouva celui-ci accroché au plafond. Il respirait encore. On le dirigea sur l'hôpital Broussais, où il expira bientôt.



M. Baissac, commissaire de police du quartier, procéda aux constatations d'usage. (*Le Matin*, numéro du jeudi 16 juillet 1903).

71. *Suicide*. — On écrit de Vienne (Isère), au *Petit Parisien* (numéro du mercredi 29 juillet 1903) :

Un dramatique suicide a eu lieu hier à Decines, commune située à 34 kilomètres de Vienne, au passage à niveau de la route de Jonage, sur le territoire du Moulin-d'Amont.

Un homme de quarante-cinq ans, nommé Vernier, originaire de Fleurieu (Rhône), qui était hospitalisé à Meyzieu (Rhône), dans la maison de santé de M. le docteur Courjon, s'est évadé, vers 8 heures du matin.

C'est en vain qu'on se mit à sa poursuite. On le rechercha à Meyzieu, à Pusignan, à Janneyrias, mais on ne put retrouver sa trace.

Vers midi, le malheureux arriva chez M<sup>me</sup> Moulin, débitante à Decines, et lui dit :

— J'ai assassiné ma femme, et voilà pourquoi il faut que je me donne la mort. Avez-vous du vitriol ?

Sur la réponse négative de M<sup>me</sup> Moulin, Vernier s'enfuit vers la ligne du chemin de fer et voulut se précipiter sous le train de 1 heure. Mais la débitante l'avait suivi et l'empêcha de se coucher en travers de la voie.

Elle alla prévenir ensuite M. Godard, maire de Decines, qui informa le garde champêtre, M. Viollet, et lui ordonna de recueillir le désespéré.

Mais Vernier avait devancé les autorités, et, à 2 h. 33, il se couchait devant le train n° 5. Le malheureux a été horriblement broyé.

Les constatations légales ont été faites par M. Godard et par la gendarmerie.

On n'attribue aucune importance aux propos d'assassinat prononcés par le défunt, qui ne jouissait pas de toutes ses facultés.

72. *Double tentative de meurtre*. — Les cris : « Au secours ! A l'assassin ! » provenant d'un logement du quatrième étage occupé par les époux Moret, mettaient en émoi, hier après-midi, vers quatre heures, les locataires de l'immeuble portant le numéro 70 de la rue Curial, dans le quartier du Pont-de-Flandre.

Cramponnée à la barre d'appui d'une fenêtre donnant sur la rue, M<sup>me</sup> Eugénie Moret, âgée de vingt-neuf ans, avait le visage ensanglanté. Elle portait au front une profonde blessure et ses vêtements étaient en lambeaux.

Des voisins, enfoncèrent la porte. Armé d'une hache, Henri Moret, âgé de trente ans, employé de commerce, réduisait ses

meubles en miettes. Sur le parquet, sa fillette, Suzanne, âgée de six ans, gisait inanimée le crâne ouvert.

— Je les tuerai toutes deux ! hurlait le forcené, et je me suiciderai ensuite.

On ne parvint qu'avec les plus grandes difficultés à le désarmer. Pour le maîtriser on dut le ligoter. Puis, pendant que des gardiens de la paix le conduisaient au poste de la rue de Flandre, ses victimes étaient portées dans une pharmacie.

C'est là que M<sup>me</sup> Moret put être interrogée par M. Bordes, commissaire de police. Elle raconta — et ses déclarations furent confirmées par de nombreux voisins — que son mari, alcoolique invétéré, ne jouissait plus, depuis longtemps déjà, de la plénitude de ses facultés. Sans cesse il rouait sa femme et sa fille de coups et maintes fois les voisins durent s'interposer.

Hier après-midi il rentra et, sans raison, fit à sa compagne une terrible scène de jalousie. Puis, comme M<sup>me</sup> Moret, exaspérée, menaçait de le quitter, il brisa une chaise d'un formidable coup de poing, s'empara de l'un des barreaux et en asséna de nombreux coups sur la tête de sa malheureuse épouse.

Comme la petite Suzanne, qui assistait à cette scène révoltante, poussait des cris de terreur, son père prit une tortue vivante appartenant à l'enfant et frappa la pauvre avec la carapace de l'animal jusqu'à ce que le sang jaillît et que la petite martyre tombât sans connaissance.

Ce misérable qui, au cours de l'interrogatoire que lui a fait subir le commissaire, n'a cessé de divaguer, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt, où il sera examiné par un médecin aliéniste.

M<sup>me</sup> Moret a demandé à être soignée chez elle ainsi que sa fille. (*Le Petit Parisien*, numéro du dimanche 9 août 1903.)

73. *Tentative d'homicide et suicide*. — On écrit de Blois au *Journal* (numéro du lundi 24 août 1903) :

« Hier, vers quatre heures, à Mur-de-Sologne (Loir-et-Cher), un garde particulier, nommé Derouet, atteint soudain d'aliénation mentale, prit son fusil et, à bout portant, tira sur un bûcheron nommé Bertu, qu'il blessa au mollet.

« Il traversa le bourg, brandissant son fusil et mettant en joue les personnes qu'il rencontrait, puis tira sur un chien et le tua. Il s'enferma ensuite chez lui, se tira un coup de fusil dans le menton, monta dans son grenier et se lança dans le vide d'une hauteur de six mètres ; il eut encore la force de se traîner jusqu'à un vivier, dans lequel il se noya. »

74. *Double homicide et suicide*. — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 5 septembre 1903) :

« Les passants, dans Fulham Road, à Londres, ont assisté, hier, à un terrible spectacle.

« Un peu avant midi, une jeune femme apparut à une fenêtre d'un quatrième étage, entraînant de force un petit garçon de quatre ans, qu'elle précipita dans le vide et qui vint s'abîmer sur le trottoir quelques secondes plus tard.

« Un instant après, la femme revint à la fenêtre avec un autre garçon de six ans qui, plus vigoureux, résista davantage, mais elle fut la plus forte et elle se précipita avec lui par la fenêtre.

« L'enfant le plus âgé est mort sur le coup; la femme expira vingt minutes après, et le plus jeune de ses enfants a été transporté à l'hôpital. Son état est désespéré.

« L'héroïne de ce drame est la femme d'un agent d'assurances à laquelle des chagrins domestiques auraient fait perdre la raison. »

75. *Homicide*. — On télégraphie d'Angoulême au *Petit Parisien* (numéro du jeudi 10 septembre 1903) :

Un habitant du village de Chardin, commune de Saint-Estèphe, nommé Brouillet, âgé de vingt-sept ans, a, au cours d'un accès de jalousie, tiré un coup de fusil sur sa femme et l'a achevée ensuite en lui écrasant la tête à coups de crosse.

On croit que le mari meurtrier ne jouit pas de la plénitude de ses facultés.

Le parquet s'est transporté ce matin sur les lieux.

76. *Homicide*. — On télégraphie de Neuchâtel (Suisse) au *Petit Parisien* (numéro du vendredi 11 septembre 1903) :

Un assassinat vient d'être commis à la Chaux-de-Fonds, sur la personne d'un vieillard de soixante-dix ans, nommé Schmiediger. C'est hier soir à 7 heures que des voisins, inquiets de ne pas voir apparaître le vieillard, ont pénétré chez lui et ont trouvé son cadavre dans la cuisine. Le malheureux avait été tué à coups de revolver.

On a réussi à arrêter aussitôt son meurtrier. C'est un jeune homme de vingt-cinq ans, nommé Kirchhoffer, employé dans une étude d'avocat de la ville; il a refusé de s'expliquer sur les motifs qui l'ont poussé à commettre le crime; toutefois, il paraît avoir agi dans un accès de folie alcoolique.

Il a été écroué à la prison de la Chaux-de-Fonds, et l'enquête suit son cours.

77. *Homicide*. — Ce matin, à neuf heures, un nommé Joseph Rosso, âgé de trente-huit ans, et demeurant rue du Pont-Neuf, au Kremlin-Bicêtre, a tué sa femme d'un coup de couteau, dans un accès de folie furieuse. Il a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du vendredi 25 septembre 1903.)

78. *Suicide*. — Un drame navrant s'est déroulé, hier, dans le bureau central des postes et télégraphes n° 36, situé 102,

boulevard Voltaire, à l'angle de la rue Alexandre-Dumas. Là, était employé, depuis un an environ, un facteur-tubiste, M. Jules Godeau, trente-trois ans, demeurant 10, rue Montgallet. Toujours ponctuel dans son service, excellent collègue, Godeau jouissait de l'estime de ses camarades.

A plusieurs reprises, inquiets d'une constante mélancolie, ses amis avaient essayé d'en connaître la cause, mais Godeau s'y était toujours refusé.

— Je suis en proie à des chagrins d'une nature telle que vous ne pourriez me consoler...

A partir de ce moment, les collègues du facteur ne s'occupèrent plus de sa tristesse. Hier soir, vers six heures, profitant d'un moment de répit, Godeau sortit de sa veste un stylet fraîchement aiguisé et s'en frappa de quatorze coups dans l'abdomen. Une hémorragie interne se déclara. La mort fut instantanée. M. Bordes, commissaire de police, a procédé aux constatations. (*Le Journal*, numéro du dimanche 4 octobre 1903.)

79. *Violences*. — Sous prétexte de demander un renseignement urgent, M<sup>me</sup> Catherine B..., demeurant rue du Bois, à Levallois-Perret, se présentait, hier, après-midi, au commissariat de police. Mais, soudain, la pauvre femme, prise d'un véritable accès de folie furieuse, se précipita sur les portes, les fenêtres, dont elle brisa toutes les vitres.

On l'a envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du dimanche 4 octobre 1903.)

80. *Horrible crime d'un fou*. — Sous ce titre, le *Petit Journal* publie une dépêche reçue de Brindisi (numéro du lundi 28 septembre 1903) :

Un crime horrible vient de révolutionner Ostuni (province de Lecce).

Un cultivateur, nommé Vincenzo Marangio, âgé de trente-trois ans, demeurant avec sa femme et ses cinq petits enfants dont l'aîné a sept ans, a tenté de tuer les pauvres petits, dans un brusque accès de folie, croit-on.

Il les fit entrer tous dans sa chambre pendant une absence de sa femme, prit une hache et les frappa l'un après l'autre, y compris le dernier né, qu'il enleva de son berceau pour l'associer au sort des autres.

Puis, les voyant sanglants à terre, il s'enfuit.

Quand la malheureuse mère rentra et qu'elle vit le massacre, elle appela au secours et l'on essaya de sauver les enfants.

Aucun d'eux n'était encore mort, mais deux étaient déjà mourants et l'état des trois autres ne laisse pas non plus grand espoir.

Pendant ce temps, on recherchait l'assassin et on arriva

à temps pour l'empêcher d'enjamber la margelle d'un puits.

Quant à la mère, on m'annonce, aux dernières nouvelles, qu'elle vient d'être frappée d'aliénation mentale et conduite à l'hospice des fous.

Marangio a été écroqué.

RÉSUMÉ. — Nous avons recueilli dans les *Annales* de l'année 1903, 80 cas d'aliénés en liberté, publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux; le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, viols, incendies, etc.; enfin, les suicides, ainsi que les suicides précédés d'homicides, fournissent un sérieux contingent.

Tentatives d'homicide, agressions violentes	
menaces de mort . . . . .	25
Suicides et tentative de suicide . . . . .	22
Excentricités et actes délictueux . . . . .	12
Homicides et suicides. . . . .	9
Homicides . . . . .	8
Incendies. . . . .	3
Viol. . . . .	1
Total. . . . .	80

Ainsi sur 80 cas, il y a eu 17 homicides, dont 8 ont été suivis du suicide de l'aliéné après la perpétration du meurtre. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, des actes délictueux, ainsi que des trois incendies. Ce qui nous importe surtout, c'est de compter le nombre de victimes faites par ces 80 aliénés en liberté. Il y a eu :

Blessés grièvement. . . . .	24
Suicidés . . . . .	22
Tués . . . . .	16
Total. . . . .	62

Ainsi notre statistique — qui n'a pas la prétention d'être complète — donne 24 personnes qui ont été blessées grièvement par des aliénés en liberté, et un grand nombre d'entre elles ont succombé ultérieurement à leurs blessures; 16 ont été tuées; enfin 22 aliénés se sont suicidés, dont plusieurs après avoir tué soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Comme tous les ans, nous avons à signaler plusieurs cas où ces malades ont fait plusieurs victimes; ainsi il en est quelques-

uns qui ont fait deux ou trois victimes ; un même en a fait cinq.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer pour nos précédentes statistiques, la plupart de ces crimes et délits ont été commis par des aliénés dont la majorité étaient malades depuis longtemps et que la prudence la plus élémentaire aurait dû faire séquestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans les asiles, quelques-uns venaient même d'en sortir. — A. R.

#### FAITS DIVERS

*Suicide à la dynamite.* — Un jeune ouvrier de Lille, nommé Edmond Heripret, âgé de dix-neuf ans, s'est donné la mort dans des conditions épouvantables. S'étant procuré une cartouche de dynamite, il se l'attacha sur le ventre, l'alluma et, tandis que la mèche brûlait, il se tua de deux coups de revolver dans la tête.

Le corps du malheureux a été réduit en bouillie. (*Le Temps*, numéro du vendredi 2 octobre 1903.)

*Une victime de l'expédition Lebaudy.* — Le Picard, qui fut maître d'équipage de la *Frasquita* et fut débarqué sur la côte marocaine, est entré à l'hôpital du Havre, hier, comme délirant. Il a perdu la raison à la suite des émotions qu'il a éprouvées pendant sa captivité chez les Marocains. (*Le Temps*, numéro du mercredi 14 octobre 1903.). — Le Picard est mort depuis.

*Morphinomane et responsabilité du pharmacien.* — On lit dans le *Temps* (n° du dimanche, 25 octobre 1903) :

La 8<sup>e</sup> Chambre correctionnelle vient de condamner à 100 francs d'amende et 5,000 francs de dommages-intérêts un pharmacien poursuivi par le parquet, sur la plainte d'un maître d'hôtel parisien, pour avoir, sans ordonnance, délivré à plusieurs reprises de la morphine à la femme de ce dernier, qui a été atteinte de troubles nerveux très graves.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1904

**PRIX AUBANEL.** — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

## ANNÉE 1905

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1903 et en 1904, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique administratif et législatif.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1903 pour les prix à décerner en 1904, et le 31 décembre 1904 pour ceux à décerner en 1905, chez M. le D<sup>r</sup> ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

---

---

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVIII<sup>e</sup> VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

---

## PREMIÈRE PARTIE

### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

#### I. — Chronique.

	PAGES.
Les aliénés en liberté; par le Dr Ant. Ritti . . . . .	5
Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XIII <sup>e</sup> session, Bruxelles, août 1908); par le Dr A. Girard . . . . .	177

#### II. — Psychologie morbide.

Le prophète Samnel; par le Dr Ch. Binet-Sanglé . . . . .	204 et 353
--	------------

#### III. — Pathologie.

Des hallucinations antagonistes unilatérales et alternantes; par le Dr J. Séglas . . . . .	11
Suicide et folie; par le Dr Viallon ( <i>suite et fin</i> ) . . . . .	28
Sur deux cas de folie du doute avec délire du toucher (folie dégénérative); par le Dr Charles Azémar . . . . .	38
Étude sur la mélancolie; par les Drs Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine . . . . .	213
Contribution à l'étude de la démence précoce (1 <sup>er</sup> article); par le Dr Wladimir Serbsky . . . . .	379
Des troubles psychiques qui surviennent dans la vieillesse chez les dégénérés; par le Dr Soutzo fils . . . . .	389
Contribution à l'étude de la névrose d'angoisse; par le Dr Capgras . . . . .	397

#### IV. — Législation.

Des sorties d'essai et des congés de distraction; par le Dr P. Hospital . . . . .	52
---	----

#### V. — Établissements d'aliénés.

Sur l'autonomie d'un asile public d'aliénés; par le Dr Dumaz . . . . .	239
--	-----

#### VI. — Revue critique.

Hypnotisme et suggestion; par le Dr Cullerre . . . . .	246
--	-----



## DEUXIÈME PARTIE

## REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

## I. — Société médico-psychologique.

## PAGES

- Séance du 23 février 1903.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ballet, Blin, Deny, Legrain, Paul Masoin, Chagnon, Cullerre. — Rapport de M. E. Dupré sur les candidatures à une place de membre titulaire; élection de M. Vigouroux. — Dessins d'aliénés, par M. Larroussinie. Discussion : M. Arnaud. — Epilepsie et érotisme, par M. A. Marie. — Du rôle de l'image motrice dans la vie sexuelle, par MM. Vasside et Vurpas. Discussion : MM. Larroussinie, Vurpas, Dupré. . . . . 78
- Séance du 30 mars 1903.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dupré, Vigouroux, Piéron, Picqué et J. Dagonet, Möbins, Masoin. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Chénais; élection. — Lepto-méningite hémorragique dans un cas de paralysie générale, par MM. Trénel et Crété. Discussion : MM. Ballet, Trénel, Brunet. — De la perte de la vision mentale chez certains persécutés. Interprétation délirante du phénomène, par M. Dheur. Discussion : MM. Ballet, Philippe, Dheur. — La sitiomanie symptôme de mélancolie intermittente, par M. Ballet. Discussion : MM. Briand, Ballet, Paul Garnier, Magnan, Arnaud. — Des rapports de la paralysie générale et des névroses. Discussion : M. Marie. . . . . 98
- Séance du 27 avril 1903.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Semelaigne, Anastas Shnnda. — Rapport de M. Toulonise sur la candidature de M. H. Piéron; élection. — Le rôle des organes internes dans l'évolution et la constitution de la vie mentale, par M. Pron. — Sur un cas de délire de médiumnité, par MM. Ballet et Dheur. — Délire hallucinatoire avec idées de persécution consécutif à des phénomènes de médiumnité, par MM. Ballet et Monier-Vinard. Discussion : MM. Christian, Ballet. — Œdème vaso-paralytique fugace de la seconde période de la paralysie générale, par MM. Klippel et Vigouroux. Discussion : MM. Toulonise, Trénel, Arnaud, Vigouroux. . . . . 260
- Séance solennelle du 25 mai 1903.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Motet, Semelaigne, Piéron, del Greco, Meschede, Medea et Ganelli, Magalhaes Lemos, Pilcz, Bernstein. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours), par M. Anthaume. — Rapport de la Commission du prix Semelaigne, par M. Arnaud. — Rapport de la Commission du prix Belhomme, par M. Nageotte. — Un cas de paralysie générale de longue durée, par MM. Dontrebente et Marchand. Discussion : MM. Dupré, Vallon. — Observation de corps étrangers de l'intestin chez un aliéné, par MM. Vigouroux et Charpentier. Discussion : MM. Toulonise, Girard, Thivet, Vallon, Dupré, Vigouroux. . . . . 289
- Séance du 29 juin 1903.* — A propos du procès-verbal : Des corps étrangers avalés par les aliénés : M. Gilbert Ballet. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Francotte et Crocq, Dupain, Vurpas, Massalongé, Gilbert Ballet. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Meschede; élection. — Spasme unilatéral des muscles abdominaux dans un cas de paralysie générale, par M. Trénel. Discussion : MM. Janet, Trénel, Briand, Vigouroux, Ballet. — Perte de la vision mentale chez

les hystériques, par M. Paul Sollier. Discussion : MM. Janet, Ballet, Briand. — Trois observations de dégénérés migrants, par M. Wahl. Discussion : MM. Ballet, Briand, Thivet. — Un cas de paralysie générale sénile. Examen micrographique du système nerveux, par MM. G. Doutrebente et L. Marchand. — Un cas de paralysie générale associée à l'athéromasie cérébrale, par M. L. Marchand. . . . .	405
<i>Séance du 27 juillet 1903.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Wahl, Marchand, Julio de Mattos. — Rapport de M. Toulouse sur la candidature de M. Vurpas; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. del Greco; élection. — Observation de paralysie générale sénile, par MM. Toulouse et Marchand. — Troubles psychiques polymorphes avec impulsions chez une dégénérée hystérique de cinquante-huit ans, par M. Wahl. — Un paralytique général halluciné, par M. Semelaigne. Discussion : MM. Dheur, Boissier, Ballet. — Délire hallucinatoire chez un brightique, amélioré par deux ponctions lombaires, par M. Vigouroux. Discussion : M. Legrain. — Note sur certaines catégories de buveurs intermittents, par MM. Legrain et Halberstadt. . . . .	444

## II. — Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉS SAVANTES

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Cas d'hystérie, catalepsie, phénomènes d'autosuggestion, de double vue et de télépathie. . . . .	139
Le poison absinthique et les essences toxiques similaires, les mesures d'ordre prohibitif qu'ils exigent. . . . .	139
De l'hémichorée pré-paralytique. . . . .	140
Valeur sémiologique de l'épilepsie jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales. . . . .	141 et 142
De la strychnine, de son emploi thérapeutique contre l'alcoolisme et l'adynamie nerveuse. . . . .	144

### JOURNAUX ANGLAIS (1899).

(Anal. par le Dr PONS.)

Hallucinations olfactives chez les aliénés. . . . .	476
De la tuberculose dans les asiles d'aliénés. . . . .	481 et 483
Loi des buveurs d'habitude. . . . .	482
Les infirmiers des asiles d'aliénés. . . . .	482
Rapports entre la syphilis et la folie. . . . .	487
L'anesthésie chez les aliénés. . . . .	491

### JOURNAUX ITALIENS (1899-1901).

(Anal. par le Dr R. CHARON.)

Les associations dans les psychoses aiguës par épuisement. . . . .	492
Une anomalie du muscle peaucier. . . . .	492
Les gardes nocturne dans les manicomies. . . . .	492
Un cas d'hystérisme criminel. . . . .	492
Manie, mélancolie et psychose maniaco-dépressive. . . . .	493
La mélancolie psychose d'involution. . . . .	493
Discipline manicomiale. . . . .	493
La journée de travail pour les infirmiers des asiles. . . . .	495

	PAGES
Transformation du sommeil en narcose. . . . .	496
Diagnostic et pronostic des maladies mentales. . . . .	496 et 498
Degré d'alcalinité de sang dans la phrénose pellagreuse . . . . .	497
Considération sur un cas de psychose consécutive à un traumatisme de la tête. . . . .	497
Sur les quartiers dits « d'observation. » . . . .	498
De la clinothérapie dans les maladies mentales . . . . .	499
La sérothérapie physiologique dans la pratique psychiatrique. . . . .	499
Paralysie générale consécutive à un traumatisme de la tête. . . . .	500
Contribution à l'étude de la péritonite hystérique . . . . .	500
L'hédonal comme hypnotique chez les aliénés. . . . .	500
Sur le temps des accès épileptiques . . . . .	500
Un cas de double suicide transformé en homicide avec tentative de suicide. . . . .	501
Un pseudo-délinquant passionnel . . . . .	501
Sur quelques points de technique manicomiale . . . . .	502

### JOURNAUX AMÉRICAINS (1898)

(Anal. par le Dr V. PARANT FILS.)

Un cas extraordinaire d'écholalie . . . . .	145
Mécanisme psychique des illusions . . . . .	145
Perversion sexuelle ou vice? . . . . .	146
Voies nouvelles en médecine mentale. . . . .	146
Idiotie amaurotique familiale. . . . .	146
Anatomie pathologique de l'idiotie amaurotique. . . . .	146
Psychoses et névroses post-traumatiques. . . . .	147
Chorée de Huntington. Démence choréique . . . . .	147

### III. — Bibliographie.

Rapport sur l'asile départemental d'aliénés d'oufa; par le Dr Sokalsky (Anal. par le Dr Lwoff). . . . .	148
Le problème de l'alcool; par le Dr Selvatico Estense (Anal. par le Dr Th. Taty). . . . .	153
La guérison de la morphinomanie sans souffrance; par le Dr Oscar Jennyng. Traduction Albert Ball (Anal. par le Dr G. Vernet). . . . .	156
Un cas de démence précoce avec autopsie; par le Dr William Rush Dunton junior (Anal. par le Dr Victor Parant fils). . . . .	312
Quelques pages de psychiatrie criminelle; par José Ingegneros (Anal. par le Dr E. Nicoulan). . . . .	315
Etat mental de Czolgosz, l'assassin du président Mac Kinley; par le Dr Walter Channing. (Anal. par le Dr Parant fils). . . . .	318
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Toulouse pendant l'année scolaire 1901-1902; par le Dr V. Parant fils. . . . .	321
Recherches de psychopathologie. Etudes sur la désagrégation mentale; par Boris-Sidis (Anal. par le Dr A. Cullerre). . . . .	323
Rapport sur l'hospice de la Merci relatif à l'année 1899; par le Dr Dominique Cabred (Anal. par le Dr E. Nicoulan). . . . .	325
Conférences faites au personnel de l'asile de Bassens sur les soins à donner aux aliénés; par le Dr Levet (Anal. par le Dr G. Vernet). . . . .	503
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .	158, 337 et 504
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 26 mai 1903. . . . .	328

## IV. — Variétés.

PAGES

Nominations et promotions : MM. Chevalier Lavaure, Jacquin, Vernet, Vallon, Rodiet, Charon, Martinenq, Hamel, Anglade, Pons, Charuel, Kéralval, Chardon, Sizaret,ourniac, Bourdin, Croustel, Pochon, Simon, Lagriffe, Musin, Roques de Fursac, Thivet, Aubry, Briche, Broquère. — Séance solennelle et banquet de la Société médico-psychologique. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Comment S. A. S. le prince de Solms fut guéri de son bégaiement. — Prix de la Société médico-psychologique (1904 et 1905).	161
Nominations et promotions : MM. Marie, Antheaume, Roy, Parant, Dodero, Chardon, Terrade, Aubry, Lallemant, Lwoff, Chocreaux, Wahl, Coulonjou, Belletrud, Ligier, Trénel, Brunet, Vernet. — Création et organisation d'un Institut et d'un diplôme de médecine légale et de psychiatrie près la Faculté de médecine de Paris. — Le martyrologe de la psychiatrie ( <i>suite</i> ). — La tuberculose dans les asiles de Grande-Bretagne et d'Irlande. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Le poids du cerveau et le genre de travail. — Faits divers.	337
Nominations et promotions : MM. Meilhon, Gimbal. — Nécrologie : Th. Roussel, A. Regnard, Aug. Ott. — Vœu du conseil général du Calvados en faveur de la participation de l'Etat aux frais d'entretien des aliénés. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1904 et 1905).	507
Table des matières du tome XVIII de la 8 <sup>e</sup> série.	524

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*